

LE TRAITEMENT DES KYSTES DU MÉSENTÈRE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 25 Avril 1936

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NICOLAS Pierre-Louis-Edmond

Né le 20 Août 1907, à Dieue (Meuse)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. MICHEL, professeur ...	<i>Président</i>
		RICHON, professeur ...	} <i>Juges</i>
		MUTEL, agrégé.....	
		CHALNOT, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE
H. FREMONT ET FILS
VERDUN

1936



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551909_0056

**LE TRAITEMENT DES KYSTES
DU MÉSENTÈRE**

LE TRAITEMENT DES KYSTES DU MÉSENTÈRE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 25 Avril 1936

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NICOLAS Pierre-Louis-Edmond

Né le 20 Août 1907, à Dieue (Meuse)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. MICHEL, professeur ...	<i>Président</i>
		RICHON, professeur ...	{ <i>Juges</i>
		MUTEL, agrégé.....	
		CHALNOT, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE
H. FREMONT ET FILS
VERDUN

1936

UNIVERSITÉ DE NANCY - FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\star$.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, $\star$, I $\star$; WEISS, O $\star$, I $\star$;
BOUIN, O $\star$, I $\star$; ANGEL, $\star$, I $\star$; GARNIER, $\star$, I $\star$; MACÉ, $\star$, I $\star$;
P. PARISOT, O $\star$, I $\star$; DUFOUR, $\star$, I $\star$; G. THIRY, $\star$, I $\star$.

PROFESSEURS :

Anatomie pathologique	M. L. HOCHE, O $\star$, I $\star$.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\star$.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	M. FROELICH, $\star$, I $\star$.
Physiologie	M. M. LAMBERT, $\star$, I $\star$.
Clinique obstétricale et Accouchements ..	M. A. FRUHHINSHOLZ, O $\star$, I $\star$.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, $\star$, I $\star$.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, $\star$, I $\star$.
Histologie	M. R. COLLIN, $\star$, I $\star$.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, $\star$, I $\star$.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, $\star$, I $\star$.
Clinique médicale	M. L. RICHON, $\star$, I $\star$.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, $\star$, I $\star$.
Clinique médicale	M. M. PERRIN, $\star$, I $\star$.
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, O $\star$, I $\star$.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, $\star$, I $\star$.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, $\star$, I $\star$.
Hydrologie	M. SANTENOISE, $\star$, $\star$, A $\star$ $\star$.
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, $\star$, I $\star$.
Bactériologie et parasitologie médicale ..	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\star$, N.
Thérapeutique	M. L. JOB, $\star$, I $\star$.
Professeurs sans chaire	M. WATRIN, $\star$, I $\star$.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES :

Clinique des maladies tuberculeuses	M. ABEL, $\star$, I $\star$, agrégé.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, A $\star$, agrégé.
Clinique gynécologique	M. P. SIMONIN, A $\star$, agrégé.
Pathologie externe	M. A. BINET, $\star$, I $\star$, agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses	M. GUILLEMIN, A $\star$, agrégé.
Propédeutique dermatologique	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\star$, professeur.
Médecine opératoire	M. WATRIN, $\star$, I $\star$, prof. s. chaire.
Electrothérapie et radiologie	M. M. BARTHÉLEMY, $\star$, I $\star$, ag. l.
Accouchements (cours théorique)	M. G. LAMY, $\star$, I $\star$, ch. du c., ag. l.
Obstétrique	M. JOB, $\star$, I $\star$, prof. sans chaire.
Clinique propédeutique médicale	M. VERMELIN, $\star$, A $\star$, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. DROUET, A $\star$, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, $\star$, I $\star$, agrégé
Clinique des maladies mentales	M. ABEL, $\star$, I $\star$, agrégé
Education physique (1)	M. HAMEL, $\star$, docteur.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A $\star$, agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. L. MERKLEN, A $\star$, agrégé.
Propédeutique O.-R.-L. (1)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, docteur.
	M. DOMBRAY, docteur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. MERKLEN, A $\star$.	MM. POURSINES.	MM. GUILLEMIN, A $\star$.
FLORENTIN.	MELNOTTE, O $\star$.	ABEL, $\star$, I $\star$.
BODART.	MUTEL, $\star$, I $\star$.	DROUET, A $\star$.
CHALNOT.	VERMELIN, $\star$, A $\star$.	SIMONIN, A $\star$.
WOLFF, A $\star$.		

AGRÉGÉS LIBRES :

MM. G. GROSS, $\star$, I $\star$; S. RÉMY, I $\star$; BUSQUET, I $\star$;
BINET, $\star$, I $\star$; BARTHÉLEMY, $\star$, I $\star$; LAMY, $\star$, I $\star$.

M. E. TRIBOLET, I $\star$, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A MON PERE,
LE DOCTEUR CHARLES NICOLAS

A MA MERE

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR G. MICHEL,

Professeur de clinique chirurgicale

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES JUGES

M. LE PROFESSEUR L. RICHON

Professeur de clinique médicale

Chevalier de la Légion d'honneur.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MUTEL

Chevalier de la Légion d'honneur.

M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ CHALNOT

Agrégé de chirurgie.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

ET A LA FACULTE

INTRODUCTION

Sans être exceptionnels, puisque d'après Warfield 1932, cinq cents cas en auraient déjà été publiés, les kystes du mésentère sont suffisamment rares pour que les chirurgiens, qui en ont publié des observations, n'en aient rencontré qu'un ou deux cas au cours de leur carrière chirurgicale. Cependant, grâce aux nombreux travaux auxquels ils ont donné lieu depuis la découverte de Benevieni en 1507, et aux nombreuses thèses qui les ont étudiés, depuis celle de Collet 1803, ces kystes sont actuellement bien connus. Mais si leur symptomatologie est bien établie, de nombreux points de leur étude restent encore à éclaircir, et leur traitement reste encore aujourd'hui sujet à discussion, comme le montrent des communications récentes faites à la Société de Chirurgie.

C'est pourquoi notre maître, M. le Professeur G. Michel, dans le service duquel nous avons eu l'occasion de rencontrer un cas de kyste chyleux du mésentère, nous conseilla de consacrer notre thèse à l'étude du traitement de ces tumeurs.

Nous avons cru indispensable, après avoir défini ce que nous entendons par kyste du mésentère et, après en avoir donné un court historique, de rappeler quelques considérations générales sur l'anatomie du mésentère (en particulier sur sa vascularisation) et sur l'anatomie pathologique de ces tumeurs. Nous avons ensuite fait l'étude des différentes méthodes de traitement qui ont été préconisées pour ces tumeurs. Après avoir rapporté deux observations nouvelles et examiné les observations que nous avons trouvées pendant ces quarante dernières années dans la littérature médicale, nous avons essayé de dégager les idées principales qui découlaient de notre étude et les avons résumées dans une courte conclusion.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Les tumeurs kystiques du mésentère, ignorées pendant très longtemps, ne furent tout d'abord que des trouvailles d'autopsie. L'une des premières observations connues est celle de BENEVIENI, anatomiste florentin qui, en 1507, découvrit, au cours de l'autopsie d'un jeune enfant, une tumeur kystique siégeant dans le mésentère et la qualifia de « merveille anatomique ».

En 1767, LIEUTAUD réunit dans un chapitre de son « *Historica anatomica medica* » toutes les observations qui avaient été publiées et qui étaient jusque là éparses dans la littérature médicale.

En 1803, PORTAL fit une première étude d'ensemble

sur les tumeurs du mésentère et les classa en tumeurs squirrheuses, stéatomeuses, cancéreuses et hydatiques. Ces dernières comprenaient non seulement les kystes hydatiques mais tous les kystes rencontrés au niveau du mésentère quelle qu'en soit leur nature. Mais après lui, on ne vit plus dans les affections du mésentère que des formes du « carreau » et les kystes du mésentère furent oubliés.

Cependant, vers 1850, avec l'avènement de la chirurgie abdominale, des kystes du mésentère furent rencontrés au cours de laparotomies faites avec un diagnostic erroné. C'était le plus souvent pour un kyste de l'ovaire que les chirurgiens croyaient intervenir. Telles sont les observations de BUCHNER, SOUTHERLAUD, WATTS, RICHET, MICHALSKI, VINIVATER.

En 1852, PANAS faisait le diagnostic d'un kyste du mésentère et le guérissait par la ponction, mais il s'agissait d'un kyste hydatique.

Avec PEAN, 1880, commence la période vraiment chirurgicale de l'étude des kystes du mésentère. Dans son traité sur « le diagnostic et le traitement des tumeurs abdominales et du petit bassin », il consacre tout un chapitre aux tumeurs kystiques du mésentère, qu'il classait en kystes séreux, kystes sanguins, kystes dermoïdes et kystes hydatiques et il en rapportait trois cas personnels, rencontrés sur trois cents

laparotomies. La même année parurent les travaux de MILLARD, TILLAUX et MERKLEN.

C'est en 1884 que parut la première thèse sur ce sujet, celle de COLLET, inspirée par TILLAUX et intitulée « Essais sur les kystes du mésentère » ; puis, en 1886, l'importante thèse d'agrégation d'AUGAGNEUR sur les tumeurs du mésentère qui résumait tous les travaux parus jusqu'à ce jour. Les années suivantes, ce furent les thèses de DELMEZ « Kystes du mésentère, 1890-1891 » ; d'AREKION « Etude sur les kystes du mésentère, 1890-1891 » ; de DEFFAINS « Etude clinique et thérapeutique sur les kystes du mésentère, 1893-1894 » ; les communications à la Société de chirurgie de TERILLON, 1890 ; de TUFFIER, 1892 ; le mémoire de BRAQUEHAYE, 1892. Signalons encore, en 1895, dans le « Bulletin Médical », un article du professeur GROSS sur le « diagnostic et le traitement des kystes du mésentère ».

Tous ces nombreux travaux, dans lesquels au point de vue chirurgical on discutait surtout des indications de l'extirpation et de la marsupialisation, sont résumés dans l'article de QUÉNU, traité de chirurgie de DUPLAY et RECLUS (1898) et dans celui de VILLAR (traité de chirurgie de LE DENTU et DELBERT 1899).

Depuis, de nombreux travaux ont continué à contribuer à l'étude de ces tumeurs. Signalons : en 1904,

l'important article de TERRIER et LECENE, qui expose d'une façon définitive la question des kystes entéroïdes ; en 1905, une étude de BROCA sur les kystes du mésentère dans l'enfance ; en 1907, un article de NIOSI sur les kystes du mésentère d'origine embryonnaire ; en 1912, une étude de PAKOWSKI sur les kystes dermoïdes du mésentère et un important article de PROUST et MONOD, dans la revue de gynécologie et de chirurgie abdominale sur les kystes du mésentère et spécialement sur les kystes chyleux.

C'est à l'étranger qu'ont paru les travaux récents sur ce sujet ; signalons l'article de NEUKIRCH sur les kystes et les pseudo-kystes du mésentère paru dans les « *Archiw fur Klinische Chirurgie* de 1930 » ; ceux de WARFIELD « *Etude sur les kystes du mésentère* », et de PATERSON « *Kystes mésentériques et épiploïques* » parus dans les *Annals Of surgery* de 1932.

Enfin, en 1934, deux thèses de Paris sur les kystes du mésentère par les docteurs VACHER et SOUEF.

CHAPITRE II

Définition des kystes du mésentère

Sous le nom de kystes du mésentère, on a décrit les productions les plus diverses ; et actuellement, malgré la distinction établie par BAUER en kystes du mésentère proprement dits et kystes rétropéritoneaux, l'accord n'est pas encore fait sur ce qu'il convient de comprendre exactement sous cette dénomination. Comme le montrent de nombreuses observations publiées ces années dernières tant dans les revues françaises qu'étrangères, beaucoup de chirurgiens appliquent encore, comme à l'origine, la dénomination de kystes du mésentère non seulement aux tumeurs kystiques siégeant entre les deux feuillets du mésentère de l'intestin grêle, mais encore aux tumeurs kys-

tiques siégeant dans les divers mesos (mesocolons - mesosigmoïdes). Cette confusion, qui importe peu au point de vue pathogénique et histologique, ne peut plus être admise au point de vue clinique et surtout thérapeutique. C'est pourquoi CUNÉO avait proposé de substituer à l'expression de « kystes du mésentère » celle de « kystes paraperitoneaux », dont les kystes du mésentère ne seraient qu'une variété.

Dans cette étude, nous n'aurons en vue que les véritables kystes du mésentère, c'est-à-dire les kystes situés à l'intérieur du meso de l'intestin grêle. Nous éliminerons de notre étude les kystes kydatiques, autrefois étudiés avec les kystes du mésentère, mais qui doivent actuellement en être complètement séparés.

CHAPITRE III

Considérations anatomiques

Repli du péritoine rattachant la portion flottante (jéjunoiléon et caecum) de l'intestin, à la paroi abdominale postérieure, le mésentère joue un rôle physiologique très important. Il est en effet non seulement le ligament suspenseur de l'intestin, mais surtout son pédicule vasculo-nerveux et assure ainsi, en même temps que sa nutrition et son innervation, l'importante fonction de l'absorption digestive.

Il est situé dans l'espace sous mésocolique de l'abdomen, qu'il divise à la manière d'une cloison oblique, allant de haut en bas et de gauche à droite, en deux champs latéraux.

Sa forme ne rappelle que de très loin les différentes

comparaisons qui en ont été faites, avec un triangle, un trapèze, un segment de cercle. Il présente en réalité deux bords, l'un pariétal (bord adhérent ou racine du mésentère) assez court, 15 à 18 centimètres ; l'autre viscéral (ou bord libre) dont la longueur correspond à celle de l'intestin. Ces deux bords sont séparés par un écartement variable (hauteur du mésentère) qui devient nul à leurs deux extrémités.

Il est constitué essentiellement de deux feuillets péritoneaux, adossés l'un à l'autre et entre lesquels cheminent, au milieu d'un abondant tissu adipeux, des artères, des veines, des vaisseaux lymphatiques avec leurs ganglions, des nerfs.

La circulation du mésentère est en effet assurée par les vaisseaux mésentériques supérieurs (artère et veine) et leurs branches dites « intestinales ».

L'artère mésentérique supérieure, branche directe de l'aorte abdominale, s'en détache quelques millimètres en-dessous de l'origine du tronc coeliaque. D'une longueur de 22 à 25 centimètres, elle présente à son origine, d'après l'étude récente d'HOVELAQUE, un calibre de 8 à 12 millimètres, puis diminue progressivement pour n'être plus large que de 5 millimètres environ à sa terminaison. Elle chemine d'abord, pendant un court trajet (4 centimètres environ), profondément située derrière le pancréas, puis

croise la partie gauche de la face antérieure de la troisième portion du duodenum, pénètre dans la racine du mésentère à l'union de son tiers supérieur et de ses deux tiers inférieurs, et, après y avoir parcouru un trajet variable, s'insinue entre les deux feuillets mésentériques où elle se termine en s'anastomosant avec la branche iléale de l'iléocolique.

Les artères intestinales, au nombre de huit à dix-sept, naissent du flanc gauche de l'artère mésentérique supérieure sur tout son trajet. Les supérieures (3 à 5) naissent dans son segment sus-mésentérique et pénètrent séparément entre les deux feuillets mésentériques ; les inférieures naissent dans son trajet mésentérique et sont ainsi d'emblée situées dans le mésentère. Leur calibre est essentiellement irrégulier et oscille à leur origine entre un et quatre millimètres, de même leur longueur varie entre un et huit centimètres. Chaque artère se divise, quelques centimètres avant d'atteindre l'intestin, en une branche ascendante et une branche descendante ; la branche ascendante s'anastomose avec la branche descendante de l'artère sus-jacente, la branche descendante avec la branche ascendante de l'artère sous-jacente. Ainsi sont formées les arcades artérielles de premier ordre, dont la convexité est tournée du côté de l'intestin et dont le nombre varie nécessairement

avec le nombre des artères intestinales. Chaque arcade primaire donne des branches collatérales, dont les plus importantes naissant de sa convexité et en nombre très variable, se divisent, après un trajet de 1 à 1/2 centimètre, en deux branches qui s'anastomosent avec les branches des artères voisines. Ainsi est formée une deuxième série d'arcades dites de deuxième ordre.

De cette deuxième série d'arcades, partent des branches collatérales qui vont soit à l'intestin, constituant les vasa-recta (certains naissent même dans certaines régions directement de l'arcade de premier ordre), soit contribuent à former des arcades de troisième ordre, d'où naîtront alors seulement les vasa-recta. Certains auteurs décrivent même par place des arcades de quatrième et de cinquième ordre, mais HOVELAQUE dit n'en avoir jamais rencontrées sur les cent huit pièces qu'il a examinées. La convexité des arcades périphériques à laquelle DWIGHT a donné le nom de « vaisseau parallèle » et d'où partent les artères qui abordent l'intestin (vasa-recta) est située à une distance variable du bord mésentérique, mais qui ne varie qu'entre cinq et deux centimètres. Les vasa-recta, dont le calibre est encore de trois à cinq millimètres, cheminent d'abord entre les deux feuillets du mésentère, puis s'appliquent sur l'une et l'autre

face de l'intestin et pénètrent dans la musculuse où elles se terminent, ainsi que dans la muqueuse, en donnant de nombreuses artéioles qui s'anastomosent entre elles.

La veine mésentérique supérieure ou grande veine mésentérique qui ramène à la veine porte le sang des veines intestinales à une disposition à peu près analogue à celle de l'artère mésentérique. A son origine, elle est située le plus souvent à la gauche de l'artère puis la croise pour se trouver ensuite sur son flanc droit, elle a alors un calibre de treize à quatorze millimètres (plus grosse que l'artère). Les veines intestinales sont moins nombreuses que les artères de même nom (quatre à huit seulement) et ne leur sont pas parallèles ; elles naissent également d'un système d'arcades à peu près analogues aux arcades artérielles.

Les nerfs situés dans le mésentère tirent leur origine du plexus solaire, qui est situé autour des origines du tronc coeliaque et de l'artère mésentérique supérieure. Très nombreux, ils entourent l'artère mésentérique supérieure et ses branches et constituent ainsi le plexus mésentérique supérieur. Leurs filets terminaux s'anastomosent entre eux à une certaine distance de l'intestin, formant des arcades d'où partent de fins rameaux viscéraux.

De nombreux vaisseaux lymphatiques cheminent également entre les deux feuillets du mésentère. Comme l'a montré SAPPEY, il existe deux relais ganglionnaires, le premier situé sur le trajet des vasa-recta, le second le long des arcades de premier ordre des artères intestinales.

CHAPITRE IV

Considérations anatomo-pathologiques

Les kystes du mésentère se rencontrent à tout âge de la vie, mais surtout chez les adultes jeunes (de 20 à 50 ans). Ils sont également très fréquents chez les jeunes enfants (dix-neuf cas en-dessous de 6 ans sur les soixante-dix observations que nous avons rassemblées). Presque tous les auteurs estiment qu'ils sont plus fréquents dans le sexe féminin que dans le sexe masculin. Nous avons également remarqué cette fréquence (trente-et-une femmes pour dix-neuf hommes sur soixante observations où le sexe est donné).

Nombre. — Le plus souvent uniques, ils sont parfois multiples (observation de DEEVER 1909, trois kystes dermoïdes ; observation de SOFOTEROFF 1925,

kyste chyleux et séreux), parfois coexistent avec d'autres kystes d'organes voisins (epiploon, ovaire, etc...).

Siège. — On les rencontre en tout point du mésentère, aussi bien au voisinage de sa racine que de son bord libre, aussi bien au niveau des premières anses intestinales qu'au niveau du caecum. Les kystes entéroïdes auraient pour siège d'élection les dernières portions de l'iléon et le caecum. Tous ces kystes sont le plus souvent intramésentériques, c'est-à-dire situés entre les deux feuillets du mésentère, rarement extramésentériques et sont alors rattachés à l'un des feuillets du mésentère, par un pédicule.

Volume. — Le volume des kystes du mésentère est variable, mais n'est jamais considérable. Le plus volumineux des soixante-dix cas que nous avons rassemblés, contenait douze litres de liquides.

Forme. — Le plus souvent est ovoïde, à grand axe antero-postérieur, et ainsi conforme aux expériences de Gérard MARCHAND citées dans Collet (décollement des feuillets du mésentère par injection de suif).

Cavité. — Est le plus souvent unique (kyste uniloculaire) mais parfois constituée de plusieurs poches (kystes multiloculaires).

Contenu. — De quantité et d'aspect variables, limpide (kyste séreux), opalescent (kyste chyleux),

hémorragique (kyste sanguin), c'est lui qui avait servi à établir les premières classifications.

Rapports. — Les kystes du mésentère peuvent contracter des rapports très importants au point de vue chirurgical avec :

1° Les feuillets du mésentère et les vaisseaux qu'ils contiennent ;

2° Les anses intestinales ;

3° Les organes importants situés au niveau de la racine du mésentère.

1) Tous les kystes du mésentère, au premier stade de leur développement, seraient toujours situés dans une zone avasculaire des mailles du réseau vasculaire mésentérique et seraient toujours séparés des feuillets mésentériques par un plan de clivage ; mais en augmentant de volume, ils chargent sur une de leur face les nombreux vaisseaux qui les entourent ou les refoulent à leur périphérie en s'insinuant entre eux. Les vaisseaux atteints de troubles circulatoires et, en particulier, de stase, subissent parfois un accroissement important de volume. Sous l'influence de poussées inflammatoires ou simplement de leur développement, les kystes contractent parfois des adhérences plus ou moins intimes entre les feuillets mésentériques et les vaisseaux qu'ils contiennent pouvant faire disparaître ainsi la zone de clivage qui les séparait.

2) Il existe également fréquemment des rapports intimes entre le kyste et l'anse intestinale adjacente. L'intestin est parfois en contact direct avec une portion du kyste le coiffant « comme l'épididyme coiffe le testicule », parfois il en est séparé par une bande plus ou moins large de mésentère. D'après PAKOWSKY, il existe presque toujours dans les kystes dermoïdes « un espace libre de 1 à 1 cm. 1/2 entre la tumeur et le bord intestinal, espace dans lequel court une arcade artérielle anastomotique ».

3) Enfin les kystes volumineux ou ceux qui sont développés vers la racine du mésentère peuvent entrer en rapport avec les gros troncs de l'artère et de la veine mésentérique supérieure, le plexus solaire, les uretères et les vaisseaux spermatiques ou utéro-ovariens créant des difficultés opératoires importantes (observation de DESGOUTTES et RICARD, 1928).

CLASSIFICATION

Les kystes du mésentère peuvent être :

- 1° d'origine mésodermique : kystes vasculaires ou lymphatiques ;
- 2° d'origine endodermique : kystes entéroïdes ;
- 3° d'origine ectodermique : kystes dermoïdes.

A côté de ces trois grandes classes, on rencontre également, mais exceptionnellement, des kystes d'origine Wolfienne ou Mulerienne (un seul cas sur nos soixante-dix observations).

Les kystes sanguins ou hématiques n'existent pas. Ils ne sont en réalité que des kystes séreux dans lesquels s'est faite une hémorragie ou ne sont même simplement que des hématomes sous séreux traumatiques (pseudokystes).

STRUCTURE HISTOLOGIQUE

1) *Kyste lymphatique*. — (Sous ce terme, on comprend les kystes séreux, chyleux et les lymphangiomes). Leur paroi est constituée :

a) d'un endothélium, aplati, rappelant celui qui tapisse les vaisseaux lymphatiques ;

b) d'une couche externe de tissu conjonctif dense, faiblement vascularisé.

2) *Kystes entéroïdes*. — Ne sont qu'une variété des kystes juxta-intestinaux, étudiés par TERRIER et LECÈNE.

Leur paroi est analogue à celle de l'intestin et, dans les cas typiques, est constituée par :

a) une ou plusieurs couches de fibres musculaires lisses ;

b) une muqueuse comprenant un chorion lymphoïde (avec parfois même des villosités) et un épithélium cylindrique avec cellules muqueuses.

Mais ce type parfait ne se retrouve pas toujours, parfois la couche de fibres lisses fait défaut, parfois l'épithélium ne présente pas les caractères de l'épithélium intestinal.

3) *Kystes dermoïdes*. — Leur structure ne diffère pas de celle des kystes dermoïdes rencontrés en divers autres points de l'organisme. Ils sont formés d'une paroi conjonctive plus ou moins épaisse, tapissée intérieurement par un épithélium pavimenteux, dont les caractères rappellent celui de la peau. Parfois, cet épithélium manque, et leur paroi n'est alors constituée que par un simple feutrage de tissu conjonctif. Ils contiennent de la matière sébacée: on y rencontre également des fragments de divers tissus (os, cartilages, dents, cheveux).

CHAPITRE V

Les méthodes de traitements des kystes du mésentère

1. - LA PONCTION

Méthode aveugle et dangereuse, mais de technique facile, elle régna en maîtresse avant la période antiseptique. Elle est actuellement, de l'avis général, un procédé à rejeter sans réserve.

Elle fut d'abord utilisée dans un simple but de diagnostic. AUGAGNEUR, dans sa thèse d'agrégation 1886, recommandait d'avoir toujours recours à elle pour distinguer les kystes des lipomes, la fluctuation étant un signe commun à ces deux variétés de tumeurs mésentériques. Elle consistait simplement à enfoncer à travers la paroi abdominale, au niveau de la tu-

meur, une longue aiguille de Pravatz et à retirer ainsi une partie du liquide qu'elle pouvait contenir. Mais combattu vigoureusement, en particulier par HAHN dès 1887 et par LOEHLEIN 1889, ce mode d'investigation fut vite abandonné, comme dangereux et inefficace, l'aiguille pouvant, au cours de son trajet, blesser soit une anse intestinale, soit un des nombreux vaisseaux qui sillonnent souvent les parois des kystes et, de plus, la présence de liquide retiré par ponction ne permettant d'établir avec certitude, ni le siège intramésentérique du kyste, ni sa nature.

Dans un but thérapeutique, la ponction recommandée également par AUGAGNEUR, fut aussi vite abandonnée.

En 1886, AUGAGNEUR écrivait dans les conclusions de sa thèse d'agrégation : « Le traitement de tout kyste du mésentère doit commencer par la ponction capillaire » ; il considérait, en effet, ce procédé comme non dangereux. « Jamais la ponction dans les kystes du mésentère n'a provoqué la mort » ; mais il reconnaissait déjà ses insuccès : « Un certain nombre de kystes qui ont été traités ensuite par d'autres méthodes avaient été infructueusement ponctionnés ». Avant lui, PÉAN dans son traité sur le diagnostic et le traitement des tumeurs abdominales et du petit bassin, 1880, avait déjà insisté sur les échecs de cette

méthode qu'il considérait comme purement palliative.

En 1890, ARÉKION, dans sa thèse, déconseillait complètement la ponction qu'il considérait comme dangereuse, inefficace et pouvant, par les adhérences qu'elle provoque, augmenter les difficultés d'une intervention ultérieure.

Cependant, en 1895, TACHARD, de Toulouse, dans un article du « Bulletin Médical », recommandait encore d'avoir recours à elle et écrivait : « Il me semble qu'en cas de tumeur séreuse intra-abdominale, il faut recourir à la ponction, avant d'en venir à la laparotomie. Il sera temps d'en venir à ces opérations (marsupialisation ou extirpation) si la ponction échoue et il n'est pas prouvé que la ponction rende l'opération ultérieure plus difficile.

Ce fut BÉGOVIN, en 1899, qui fut le dernier à défendre cette méthode. « La ponction n'a jamais causé la mort d'aucun malade et elle a été, dans presque la moitié des cas, suivie de succès thérapeutique », écrivait-il dans son article de la revue de chirurgie, intitulé « *Tumeurs solides et liquides du mésentère* ». Il y réunissait cinquante quatre cas de ponctions exploratrices ou évacuatrices qui n'avaient donné lieu à aucun accident. Il recommandait de faire la ponction « sur une partie de la tumeur reconnue mate

dans plusieurs examens successifs et avec un trocart ou une aiguille de très petit calibre, adaptée à un aspirateur ». Il croyait cependant que ce mode de traitement devait être réservé aux kystes sanguins et aux kystes séreux uniloculaires.

Mais, depuis le début de ce siècle, tous les auteurs ont déconseillé la ponction qui n'a plus guère été utilisée.

De même les ponctions suivies d'injections modificatrices (de teinture d'iode le plus souvent) qui avaient été proposées et essayées pour diminuer le nombre des récidives, ont été abandonnées par tous les chirurgiens. Enfin, la ponction après laparotomie qui avait été pratiquée par SPENCER WELLS, LAWSON TAIT, DESMONS, a été également délaissée, sauf dans les cas où elle est la seule méthode applicable et elle n'est alors considérée que comme un pis aller. C'est ainsi que sur les soixante-dix observations que nous avons rassemblées, nous en avons trouvé trois où, après laparotomie, le chirurgien a dû se borner à faire une simple ponction évacuatrice.

Ce sont : celle de NAUMANN, 1923, jeune enfant de dix-huit mois, opéré d'urgence avec le diagnostic d'appendicite aiguë, et qui présentait en réalité un lymphangiome du mésentère, que le mauvais état général de ce très jeune enfant ne permit que de

ponctionner ; celle de PAYR, rapportée par SUDHOFF, en 1924, jeune femme de 21 ans, qui présentait un énorme lymphangiome polykystique dont les adhérences et la multiplicité des poches ne permettaient aucune tentative d'extirpation ou même de marsupialisation, et qui dût être simplement ponctionné ; enfin, celle de WILSON, 1929, enfant de 8 ans, opéré avec le diagnostic de péritonite tuberculeuse à forme ascitique, et qui présentait un gros kyste chyleux à parois excessivement minces, ce qui contre-indiquait tout essai d'extirpation ou de marsupialisation. Dans ces trois observations, il y a eu récurrence et mort dans un délai n'excédant pas six mois.

Dans la littérature médicale, on retrouve bien des cas de guérisons obtenues par simple ponction évacuatrice, tels sont ceux de MILLARD, 1882, (kyste séreux guéri par une seule ponction), BRISTOWE, 1883, (kyste sanguin), MENZIES, 1883, (kyste sanguin guéri après deux ponctions), ALBUTT, 1883, (kyste sanguin guéri après trois ponctions), cités dans la thèse d'ARÉKION ; mais à côté de ces quelques cas (où le diagnostic exact n'a pu d'ailleurs être fait), il existe d'innombrables cas de récurrences.

Quoi qu'il en soit, vu les dangers (peut-être moins grands que certains l'ont écrit) et surtout les nombreux échecs de cette méthode, on comprend qu'elle soit de nos jours complètement abandonnée.

2. - LA MARSUPIALISATION

Intervention facile, rapide et à faible mortalité, la marsupialisation a connu, il y a quelques années encore, une certaine vogue, mais est très combattue actuellement.

C'est elle qui donna un succès à PÉAN, aussi écrivait-il en 1880 : « Une seule méthode de traitement nous semble digne d'être appliquée avec des chances nombreuses de succès, c'est celle que nous avons déjà fait connaître dans nos considérations générales sur le traitement des tumeurs de l'abdomen, sous le titre de traitement par suppuration avec conservation de la portion profonde et adhérente du sac, suture des lèvres de cette plaie formée, en bourse, aux lèvres de la plaie des parois abdominales et application d'une canule à demeure ». Mais en 1886, AUGAGNEUR la déconseille, estimant que tout en étant aussi dangereuse que l'extirpation, elle peut donner des récurrences. Cependant, dès 1890, avec ARÉKION et BRAQUEHAYE, cette méthode, vu sa faible mortalité (7 % contre 60 pour l'extirpation d'après BRAQUEHAYE) est à nouveau considérée comme la méthode de choix dans le traitement des kystes du mésentère. Mais déjà quelques chirurgiens tels TACHARD de Toulouse, en 1885, ne la considèrent plus que comme « un pis aller ».

La même année, le professeur GROSS, de Nancy, partisan de l'énucléation ne la recommande plus que lorsque l'énucléation serait longue et laborieuse du fait des adhérences du kyste soit avec l'intestin, soit avec la colonne vertébrale. Toutefois, il fait cette remarque : « On accuse la marsupialisation d'exposer à des accidents (septicémie, guérison moins rapide, récurrence), mais combien rares doivent être ces accidents si les guérisons sont si fréquentes ». En 1898, BEGOUIN, qui ne considérait pas la marsupialisation et l'énucléation comme « deux méthodes rivales, mais deux méthodes qui s'adressent à des cas différents », ne la recommande également plus que « toutes les fois que l'ablation totale présentera quelques difficultés ou risquerait de ne pouvoir être supportée par un malade sans résistance ». Ce n'est encore que lorsque l'énucléation « d'après le nombre et l'étendue des adhérences, paraît devoir entraîner trop de dangers » que QUÉNU, dans son article du traité de chirurgie de DUPLAY et RECLUS (édition de 1898) recommande la marsupialisation. Mais l'année suivante, 1899, VILLAR écrivait encore dans le traité de chirurgie de LE DENTU et DEIBET : « La marsupialisation constitue à l'heure actuelle la méthode de choix dans le traitement des kystes du mésentère, bien qu'elle ne soit pas l'opération idéale ».

En 1905, BROCA ne préconise la marsupialisation que « lorsqu'il y a de larges adhérences ou lorsque l'extirpation exigerait la dénudation mésentérique d'une trop longue anse intestinale qu'il faudrait ressécher ». Et, en 1912, PROUST et MONOD la réservent aux tumeurs rétro-péritonéales, estimant « qu'elle ne peut être proposée comme traitement thérapeutique pour les tumeurs intramésentériques qui sont le plus souvent mobiles et non adhérentes ».

Cependant, CHAVANNAZ et GUYOT, dans le nouveau traité de chirurgie de LE DENTU et DELBET (édition 1913), recommandent encore la marsupialisation « lorsque le kyste sera très volumineux et très adhérent ». Depuis, tandis que certains chirurgiens : PROUST, CORNIOLEY, MILIANITCH (Belgrade), LÉONTÉ (Bucarest), ne considèrent plus la marsupialisation que comme une méthode surannée et tombée en désuétude, d'autres : LECÉNE, MATHIEU, SOULPAUT, NEUKIRCH, TWISLINGTON, la considèrent encore comme méthode de choix dans certains cas. C'est ainsi que LECÉNE, dans sa thérapeutique chirurgicale 1926, écrit encore : « Cette vieille pratique (la marsupialisation) qui a évidemment de gros inconvénients (durée de la cicatrisation, formations d'adhérences), peut cependant trouver encore aujourd'hui d'utiles indications lorsqu'il y a des difficultés opératoires particulières ».

La technique de la marsupialisation est simple. Elle consiste essentiellement à ponctionner le kyste après laparotomie, puis à agrandir l'orifice de ponction et à suturer ses bords aux lèvres de la plaie abdominale. CHAVANAZ et GUYOT recommandent de faire une incision médiane au niveau du point le plus saillant, de protéger avec des champs la grande cavité abdominale, de ponctionner le kyste avec un gros trocart, puis de l'inciser et de l'assécher ; enfin, de suturer soigneusement à la paroi musculocutanée les lèvres de cette incision et de placer un gros drain dans la cavité kystique. Les suites opératoires sont en général simples et la guérison survient par l'occlusion définitive du trajet qui est la conséquence du bourgeonnement et de l'accolement des parois kystiques.

A cette technique, plusieurs variantes ont été proposées : LAWSON-TAIT ponctionnait le kyste après laparotomie et se contentait de mettre un drain dans l'orifice du trocart, mais, sur quatre cas où il utilisa sa méthode, il eut une récurrence. HANS SCHMID, de Settin, (1890), et BASIL HALL (1904), ont essayé de créer en un premier temps des adhérences en fixant le kyste à la paroi abdominale et en ne l'incisant que dans un deuxième temps, mais, dans leurs deux cas, aucune adhérence ne s'était produite lors de la deuxième

intervention. Enfin, pour obtenir une guérison plus rapide en rendant moins grande la cavité à combler, de nombreux chirurgiens ont resséqué une portion plus ou moins grande du kyste avant de le fixer à la paroi abdominale. C'est aussi pour obtenir une guérison plus rapide qu'HOUZEL recommandait de faire dans la poche kystique « des injections caustiques prudemment dosées », ce qui favoriserait l'exfoliation de l'épithélium qui tapisse la face interne de certains kystes et donnerait des surfaces ayant tendances à se cicatriser.

Si la marsupialisation a été si vivement combattue et tend à être presque complètement abandonnée par un grand nombre de chirurgiens, c'est qu'elle a donné lieu à des accidents, peut-être peu fréquents, mais variés, et qu'elle ne donne parfois une guérison définitive qu'après des incidents plus ou moins sérieux.

Cependant, quelques-uns des reproches qui ont été faits à cette méthode ne semblent plus à faire actuellement. C'est ainsi qu'on n'accuserait plus aujourd'hui la marsupialisation de donner lieu à des septicémies, que l'on croyait autrefois plus fréquentes après de telles opérations. De même, on ne voit plus d'intoxication à la suite de tamponnement de la cavité kystique à l'aide de mèches iodoformées, depuis que l'on remplace le méchage par un simple drainage à

l'aide d'un gros drain. TERILLON avait d'ailleurs, pour éviter ce danger qui était dû à la grande faculté de résorption des parois kystiques, recommandé d'utiliser des mèches au salol. Enfin, les récurrences après marsupialisation semblent être excessivement rares, bien que théoriquement l'existence de nombreux kystes pluriloculaires puissent en être un facteur. Nous n'en avons retrouvé qu'un seul cas, celui de LAWSON-TAIT et, en réalité, il ne s'agissait pas dans ce cas d'une véritable marsupialisation, mais plutôt d'une simple ponction sous le contrôle de la vue.

D'autres dangers de cette méthode sont vraiment trop exceptionnels pour pouvoir la faire rejeter d'une façon absolue. Il en est ainsi de la chylorragie citée dans les observations de RASCH et CUSSEROW, des hémorragies secondaires dues plutôt à une insuffisance de l'hémostase, de la méconnaissance de la malignité d'un kyste et de la hernie d'une anse intestinale à travers la paroi abdominale.

De même, l'existence d'une cicatrice disgracieuse après marsupialisation et la persistance d'une fistule pendant quelques mois, ne sont pas d'une gravité suffisante pour interdire d'une façon absolue la marsupialisation.

Les seuls dangers vraiment sérieux que peut entraîner la marsupialisation sont la possibilité d'une

occlusion post-opératoire, à la suite d'adhérences entre le kyste et la paroi abdominale, d'où coudure ou étranglement de l'intestin (LOLHEIN, ROTTER) et l'existence assez fréquente d'éventration au niveau de l'orifice de drainage (cas de DEMONS, BREUTAUD, BERGMAN).

Quoiqu'il en soit, cette méthode garde un avantage sérieux : sa très faible mortalité due à la simplicité et à la rapidité de sa réalisation.

3. - L'ENUCLEATION

Opération idéale, elle était considérée jusqu'à ces dernières années comme la méthode de choix, mais actuellement, certains chirurgiens, dès qu'elle présente quelques difficultés, lui préfèrent la résection en bloc du kyste et de l'anse intestinale adjacente.

Rejetée par PÉAN (1880) auquel elle avait donné deux décès dans les deux cas où il l'avait utilisée, cette méthode fut déjà défendue par AUGAGNEUR dès 1886, qui la recommandait lorsque la ponction avait échoué ; il la considérait comme n'étant pas plus dangereuse que la marsupialisation et comme ayant l'avantage d'être toujours radicale.

Mais jusqu'à la fin du siècle dernier, la mortalité

de ces énucléations étaient si élevées (60 à 40 %) que presque tous les chirurgiens l'abandonnèrent. Les expériences de LITTEN (1889) qui avaient fait penser que l'artère mésentérique supérieure était bien anatomiquement une artère anastomotique, mais fonctionnellement une artère terminale, faisaient également rejeter cette méthode par crainte d'un sphacèle de l'intestin.

C'est ainsi que RASCH, en 1889, écrivait : « Ce serait une grosse faute que d'essayer d'énucléer ou d'exciser ces kystes, car en procédant ainsi on enlèverait le mésentère et, par ce fait, les vaisseaux nutritifs de l'intestin ». De même en 1890, ARÉKION, dans sa thèse, en restreint les indications. « Bien inférieure comme résultats à la marsupialisation, l'extirpation est peut-être plus tentante pour le chirurgien. Elle doit être irrévocablement rejetée, toutes les fois que le kyste est atteint ou lorsqu'il est partiellement situé près de l'insertion vertébrale du mésentère, c'est-à-dire au voisinage du plexus lombaire. L'opération en effet est laborieuse (elle a duré quatre heures dans l'un des cas de PÉAN), aussi observe-t-on très souvent la mort par choc ». Et en 1895, le professeur Gross écrivait : « la décortication devra toujours être le but du chirurgien, mais elle ne devra pas être obtenue à tout prix, mieux vaut

encore suturer la poche à la paroi que de produire de grands délabrements pour avoir la satisfaction de refermer l'abdomen ».

En 1898, BÉGOVIN la considère également comme la méthode « idéale » mais, écrit-il, « sa mortalité dépasse tellement celle de la marsupialisation qu'on ne devra l'entreprendre que dans les cas où il est évident que son exécution sera facile ».

En 1905, BROCA qui la préconise déjà, non seulement comme la méthode idéale, mais encore comme « la méthode de choix », recommande cependant la prudence. « Il vaut mieux, s'il y a contact intime de la paroi kystique et de l'intestin, ne pas chercher à faire une dissection complète et laisser en place un peu de la poche, car on sait combien sont alléatoires les sutures intestinales du bord mésentérique ».

Puis, à la suite des progrès de la technique chirurgicale et des expériences de LAGANE (1911) qui démontrèrent, contrairement à celles de LITTEN, que l'artère mésentérique supérieure était bien une artère fonctionnellement anastomotique, l'énucléation fut de nouveau considérée par presque tous les chirurgiens, comme la méthode de choix. Cependant, tandis qu'en 1912 SOULIGOUX la recommande dans tous les cas, quitte à la terminer par une résection intestinale « si au cours de l'opération on a été amené à lier l'arcade

mésentérique sur une étendue de plus de quatre à cinq centimètres », PROUST et MONOD, la même année, la déconseillent quand elle ne peut se faire sans porter atteinte aux vaisseaux nourriciers de l'intestin et lui préfèrent alors la résection d'emblée de l'intestin et du mésentère. La même année, PAKOWSKY se montre un ardent défenseur de l'énucléation dans les kystes dermoïdes du mésentère.

Jusqu'à ces dernières années, presque tous les chirurgiens qui s'étaient occupés de la question, BAUMANN (1923), LEMONIET (1924), MATHIEU (1926), FHYNN (1930), SOULPAULT (1391), LÉONTE (1932), WARFIELD (1932), PETERSON (1932), PICOT (1932), avaient reconnu que l'énucléation était la méthode de choix et recommandaient de toujours la tenter si elle pouvait se faire facilement.

Mais on tend actuellement, comme le montrent les observations récentes et les conclusions des thèses de VACHER et de SOUEF (Paris, 1934), à abandonner de plus en plus cette méthode pour la remplacer par la résection en bloc du kyste et de l'anse intestinale adjacente.

Il n'existe pas de technique vraiment réglée pour réaliser l'énucléation. Après laparotomie médiane, le plus souvent, on extériorise le kyste. On se rend compte de ses rapports, de ses caractères anato-

miques, du siège des nombreux vaisseaux qui l'entourent. Puis on pratique une incision sur la face du mésentère la moins vascularisée, incision parallèle à la direction générale des vaisseaux mésentériques. On évitera de prolonger cette incision jusqu'au voisinage immédiat de l'intestin, afin de ne pas blesser l'arcade vasculaire anastomotique. On recherche un plan de clivage et l'énucléation se fait plus ou moins facilement au doigt ou aux ciseaux. Dans la profondeur la dissection devient parfois difficile ; c'est pour la faciliter et surtout éviter de blesser les nombreux vaisseaux qui tapissent la face externe des kystes, qu'en 1926 MATHIEU a recommandé, en cas de difficultés, d'ouvrir le kyste. Ainsi on reste plus facilement au ras de la poche dans la dissection profonde. Dans un cas de lymphangiome, ce petit tour de main lui a rendu de grands services. SOUBEYRAN, en 1911, avait déjà utilisé cette pratique pour faciliter l'énucléation d'un kyste dermoïde. On trouve le plus souvent dans la profondeur un pédicule vasculaire qui devra être sectionné. Le kyste énucléé, on vérifie l'hémostase et on suture la brèche mésentérique. L'abdomen est refermé sans drainage.

L'énucléation a été accusée de nombreux dangers.

On lui a reproché autrefois de déterminer un choc opératoire grave par les tractions exercées sur

le plexus solaire, mais si l'énucléation est faite avec prudence, cet accident est excessivement rare. PAKOWSKY croit même que les accidents qui ont été attribués à ces tractions étaient plutôt dûs à l'infection. Un autre reproche fait à cette méthode est de pouvoir donner lieu à des hémorragies secondaires, mais avec une bonne hémostase, cet accident n'est pas à redouter.

Les vrais dangers de cette méthode proviennent des difficultés que l'on rencontre au cours de certaines énucléations pour trouver un plan de clivage et libérer le kyste. En effet, tandis que le plus souvent comme dans notre observation, le kyste s'énucléait très facilement, il existe des kystes si adhérents aux feuillettes du mésentère que l'on est obligé d'en faire une véritable excision. L'opération devient alors longue et laborieuse, et les risques de blesser soit l'intestin, soit de gros vaisseaux mésentériques, soit surtout l'arcade anastomotique deviennent très sérieux. C'est à la suite de ces énucléations difficiles que l'on doit apprécier la vitalité de l'intestin et que l'on est parfois obligé de compléter l'intervention par la résection de l'anse intestinale lésée ou privée de vascularisation. Au sujet de la blessure des vaisseaux mésentériques, SOULIGOUX, en 1912, à la suite des expériences de LAGANE répétées par PAKOWSKY, estimait

que l'on peut « lier les vaisseaux mésentériques correspondant à 15 cm. à 20 cm. d'intestin, sans avoir à craindre sa gangrène par infarctus », mais que la ligature des vaisseaux dans l'arcade sur plus de 4 à 5 cm. entraîne inévitablement la nécrose de l'intestin.

On comprend que cette résection intestinale, après une énucléation déjà longue et difficile, aggrave considérablement l'intervention et que les chirurgiens lui préfèrent, dans ces cas, la résection d'emblée du kyste et de l'intestin.

4. - RESECTION EN BLOC DU KYSTE ET DE L'ANSE INTESTINALE ADJACENTE

Dernière venue, cette méthode tend, avec les progrès de la chirurgie, à s'implanter de plus en plus.

Elle est née des difficultés de certaines énucléations et de la nécessité dans ces cas de faire suivre l'extirpation du kyste, de la résection d'une portion plus ou moins grande de l'anse intestinale adjacente.

C'est en Allemagne que cette méthode semble avoir été utilisée pour la première fois par BUCHWALD, en 1887, pour un kyste entéroïde du mésentère qui communiquait avec l'intestin ; mais cette première tentative ne fut pas couronnée de succès et l'opéré succomba des suites de l'opération.

La première observation de guérison obtenue par cette méthode serait de date plus récente et semble être celle de SPRENGEL, 1900, qui, opérant un enfant de deux ans et demi d'un kyste entéroïde compliqué d'une invagination intestinale, dut faire une résection du kyste et de l'anse intestinale et guérit ainsi son malade.

En France, PROUST et MONOD, dans un article de la revue de gynécologie et de chirurgie abdominale de 1912, intitulé « contribution à l'étude des kystes du mésentère et spécialement des kystes chyleux » ont les premiers insisté sur cette méthode. Ils recommandaient de ne la pratiquer qu'en dehors des périodes d'occlusion intestinale, et lui reconnaissaient comme indication « l'adhérence du kyste aux feuillets du mésentère et l'impossibilité de l'en séparer » ; dans ces cas, écrivaient-ils, « la dissection étendue du kyste entraînerait fatalement la résection de vaisseaux se rendant à l'intestin. Il est donc préférable, dans ces conditions, de faire la résection d'emblée, que de courir les risques d'un sphacèle intestinal » ; et ils concluaient leur article : « La thérapeutique actuelle des kystes intramésentériques doit être l'énucléation, quand elle peut se faire sans porter atteinte aux vaisseaux nourriciers de l'intestin, la résection de l'intestin et du mésentère dans le cas contraire ».

Mais la gravité de telles interventions firent considérer pendant longtemps cette méthode comme une « méthode de nécessité ». C'est ainsi qu'en 1913 CHAVANNAZ et GUYOT écrivaient dans le traité de chirurgie de LE DENTU et DELBET : « L'extirpation du kyste avec résection d'une portion de l'intestin correspondant constitue une opération grave, dont les indications seront fournies par les adhérences intimes de la tumeur à l'intestin, par la multiplicité des kystes, et aussi par la nécessité dans laquelle se trouve parfois l'opérateur de sacrifier, volontairement ou non, un des gros vaisseaux mésentériques. L'entérectomie est, dans ces cas, de nécessité, mais elle aggrave notablement le pronostic de l'intervention ».

Cependant, en 1917, dans sa thèse sur « les kystes du mésentère déterminant l'occlusion intestinale », DORRA, élève de VILLAR, tout en reconnaissant la gravité de telles interventions, estime que ce sont elles qui donnent les meilleurs résultats dans les kystes du mésentère « s'accompagnant de sténose et d'adhérences ». « La seule opération qui ait été fréquemment pratiquée et qui ait donné des résultats, c'est l'extirpation de la tumeur en masse, avec résection intestinale et entéroanastomose. La gravité de ce procédé est très grande par le fait de la résection intestinale et de l'anastomose, il constitue néanmoins

l'opération de choix. Aussi les chirurgiens modernes, habitués à la technique des opérations intestinales, n'ont-ils pas hésité à lui donner la préférence. La présence du kyste n'allonge pas, par elle-même, de beaucoup la durée de l'intervention et l'on ne perd pas ici un temps précieux à essayer une décortication souvent pénible et dangereuse ».

Malgré tout, jusqu'à ces toutes dernières années, il semble que les chirurgiens se soient montrés très peu partisans de cette méthode, dont la mortalité restait très élevée (60 % d'après FLYNN, 1930). C'est ainsi que LEMONIET, au sujet d'un kyste du mésentère publié à la Société de chirurgie en 1924, écrivait : « Lorsque l'opération ne présente aucune difficulté, il est évident que cette méthode (l'énucléation) lorsqu'elle est applicable, est bien préférable à l'ancien procédé de la marsupialisation et à l'extirpation avec résection de l'anse intestinale adhérente qui comporte des risques plus sérieux ». De même LECENE, dans son traité de thérapeutique chirurgicale, écrivait en 1926 : « Je préférerais terminer de cette façon un peu archaïque (la marsupialisation) une extirpation difficile de kyste du mésentère, plutôt que de vouloir quand même enlever la totalité du kyste au risque de blesser les gros vaisseaux mésentériques ou d'être amené à faire une résection intestinale étendue ».

Mais depuis ces cinq dernières années, comme le montrent les observations publiées tant en France qu'à l'étranger ainsi que les communications faites à la Société de chirurgie par REINHOLD (rapport de PICOT, avril 1932), LÉONTÉ (rapport de PROUST, juin 1932) et MILIANITCH, octobre 1933, la résection en bloc du kyste et de l'anse intestinale adjacente a été de plus en plus employée.

En 1930, FHYNN, tout en reconnaissant que « l'énucléation est la meilleure méthode quand elle est possible », estime que « la résection est la méthode indiquée dans le plus grand nombre de cas, en particulier lorsque la tumeur est si volumineuse ou si adhérente que la circulation de l'intestin serait lésée par tout essai d'enlever la tumeur par une autre méthode », et, en 1933, MILIANITCH considère cette résection comme « la méthode de choix toutes les fois que l'état général du malade n'est pas trop atteint ou que l'exécution de l'énucléation du kyste ne se présente, ce qui doit être bien exceptionnel, comme devant être aisée ».

La statistique la plus récente que nous avons retrouvée, celle de WARFIELD (1932) et qui porte sur vingt-deux cas publiés depuis 1920, ne donne d'ailleurs plus à cette intervention qu'une mortalité de 27,3 %, mais, d'après cette même statistique, la résection n'aurait été utilisée, toujours depuis 1920, que vingt-

deux fois sur cent vingt-six opérations de kystes du mésentère, c'est-à-dire seulement dans 18 % des cas.

La technique de cette intervention ne présente aucune particularité importante, signalons simplement la nécessité sur laquelle PROUST et MONOD ont insisté, dès 1912, de bien veiller « à ce que la longueur de la portion intestinale réséquée soit sensiblement plus étendue que le grand diamètre de la tumeur, de manière que les deux extrémités anastomosées de l'intestin soient bien nourries ». Cette nécessité oblige « à réséquer une portion d'intestin qui peut atteindre une longueur égale à la circonférence du kyste ». Quant au genre d'anastomose utilisé, il varie avec les chirurgiens qui, pour abréger la durée de l'intervention, se contentent parfois d'une anastomose au bouton.

Toupet, rapporteur d'un cas de kyste du mésentère de Cabouat (Nîmes), a insisté tout dernièrement, à l'Académie de Chirurgie (séance du 18 Mars 1936), sur la nécessité d'employer plus souvent, pour les anastomoses, les sutures à points séparés qui permettent d'obtenir des anastomoses élastiques, même sur les intestins de calibre très réduit, et même en réunissant des segments intestinaux de calibre très différent. Le seul inconvénient est la longueur de la technique, que l'habitude réduit d'ailleurs.

Un seul reproche peut être fait à cette méthode, c'est sa gravité. Nous avons vu que c'est elle qui présente la mortalité la plus élevée : 60 %, d'après FHYNN, 1930 ; 27 %, d'après WARFIELD, 1932. Mais elle présente cette supériorité incontestable d'être toujours radicale, d'éviter les occlusions post-opératoires et de raccourcir le temps de guérison.

Cependant on comprend facilement que le plus grand nombre de chirurgiens, malgré les assez nombreuses observations de guérison publiées ces années dernières, hésitent encore souvent à la pratiquer.

CHAPITRE VI

Observations

Nous rapportons ici l'observation complète de la malade que nous avons pu examiner dans le service de M. le Professeur MICHEL, ainsi que le résumé de l'observation d'un malade, opéré en 1933 dans le service de M. le Professeur HAMANT.

Nous avons également réuni en un tableau les divers cas de kystes du mésentère de l'intestin grêle que nous avons retrouvé dans la littérature médicale. Nous n'avons pas cru utile de faire entrer dans ce tableau les observations antérieures à 1898 (à l'exception de celle de BUCHWALD 1887, qui serait le premier cas de résection intestinale pour kyste du mésentère) car avant cette date on ne pratiquait pas, pour extirper

les kystes du mésentère, la résection en un seul bloc du kyste et de l'anse intestinale adjacente. On trouvera d'ailleurs toutes ces observations réunies dans les thèses d'ARÉKION (1890) et de BRAQUEHAYE (1892), ainsi que dans l'article de BÉGOVIN (1899).

Signalons également que nous n'avons pas tenu compte, dans l'établissement de ce tableau, de très nombreuses observations publiées sous le nom de « kyste du mésentère » et dans lesquelles il s'agit en réalité de kystes des autres mésos ou même de kystes retropéritonéaux.

OBSERVATION I

VOLUMINEUX KYTE DU MÉSENTÈRE ÉNUCLÉATION — GUÉRISON

Le 14 novembre 1934 entrain dans le service de Monsieur le Professeur Gaston MICHEL, une jeune femme, Yvonne C., âgée de 29 ans, sans profession et originaire des Vosges.

Cette femme s'était décidée à venir nous consulter parce que, depuis huit mois, elle voyait une tumeur se développer dans son abdomen de plus en plus rapidement sans entraîner d'ailleurs de troubles locaux ou généraux graves.

C'est tout à fait par hasard que cette jeune femme avait

découvert en avril 1934, au cours de sa toilette, qu'elle avait, dans la région du flanc gauche, une petite tumeur de la grosseur d'une mandarine. Les jours suivants, la malade avait constaté que cette tumeur, parfaitement indolore lorsqu'elle la palpait et n'entraînant aucun trouble, changeait de place, fuyait sous la main qui la cherchait et que, souvent même, il était impossible de la trouver. Mais après quelques semaines de tolérance parfaite de sa tumeur, au cours de l'été dernier, la malade se mit à souffrir de troubles dyspeptiques qu'il est assez difficile de préciser rétrospectivement, mais qui entraînèrent un état de fatigue et d'asthénie constante avec amaigrissement assez considérable ; en même temps, la malade et les médecins consultés à plusieurs reprises virent la tumeur augmenter de volume tout en gardant ses caractères d'indolence et de mobilité. Ces médecins consultés pensèrent qu'il s'agissait soit d'un kyste de l'ovaire, soit d'un gros rein gauche. Voilà les conditions dans lesquelles cette malade entra dans notre service hospitalier.

A ce moment, elle présentait un état général relativement bon ; à noter cependant un certain degré d'amaigrissement et d'anémie. La malade se plaignait, en plus de la présence de sa tumeur abdominale, de sensations de tiraillements et de pesanteur dans la région lombaire lorsqu'elle était debout, et de douleurs abdominales vagues gênant la respiration, surtout après les repas, lorsqu'elle était couchée.

A l'inspection de l'abdomen, on constatait l'existence d'une voussure de dix centimètres environ de diamètre, située dans l'hypochondre gauche et dont le centre se trouvait à la hauteur et à peu près à 5 cm. de l'ombilic.

La palpation donnait la sensation d'une masse arrondie, du volume de deux poings, régulière, rénitente, indolore, qui disparaissait derrière la paroi abdominale lorsqu'on faisait contracter les muscles droits et les muscles larges de l'abdomen ; d'autre part, on constatait que la tumeur était très mobile dans tous les sens, mais surtout dans le sens transversal. La palpation bimanuelle donnait quelquefois la sen-

sation de ballottement et le contact lombaire caractéristiques des tumeurs volumineuses du rein, mais le plus souvent la tumeur échappait à cette palpation bimanuelle et fuyait vers le bassin ou surtout vers le rebord costal pour réapparaître bientôt à sa place habituelle dès que l'on cessait cette palpation profonde.

A la percussion, le centre de la voussure était submat, tandis que la périphérie en était de plus en plus sonore au fur et à mesure que l'on s'éloignait de son point culminant.

Lorsqu'on mettait la malade dans la position de TRENDLENBURG, on constatait que la tumeur remontait vers la coupole diaphragmatique et disparaissait en partie sous la moitié gauche du rebord costal.

A part ce syndrome clinique, rien à signaler au niveau des différents appareils ; tous les examens de laboratoire s'étaient montrés négatifs et en particulier les examens sérologiques, urologiques et radiologiques.

Rien à signaler non plus dans les antécédents héréditaires et collatéraux de la malade. Dans ses antécédents personnels, outre l'histoire de la maladie actuelle, nous devons noter : une pleurésie à 7 ans. Mariée à 25 ans en 1930, à un mari bien portant, la malade souffrit, depuis 1931, d'une métrosalpingite chronique qui entraîna un certain degré de stérilité puisqu'elle n'eut son premier et seul enfant qu'en 1933 ; cet enfant mourut d'ailleurs en septembre 1934 à l'âge de dix-huit mois d'une bronchopneumonie.

Aussi, après avoir envisagé, discuté et éliminé successivement différents diagnostics et, entre autres, ceux de tumeur du rein et de splénomégalie, on se rallia à celui de kyste du mésentère et on décida d'intervenir chirurgicalement. Connaissant les résultats des dernières discussions de la Société Nationale de Chirurgie au sujet du traitement chirurgical des kystes de mésentère, on envisagea d'emblée la résection intestinale concomitante à l'exérèse du kyste.

Opération le 17 novembre 1934 sous anesthésie générale au mélange de SCHLEICH administré avec un masque d'OMBRE-

DANNE. Laparotomie médiane sus et sous ombilicale de 15 cm. environ, centrée sur l'ombilic. Cavité péritonéale normale. On relève le grand épiploon et le colon transverse et on trouve facilement un gros kyste du mésentère du volume de deux poings. Ce kyste, situé à peu près à 25 cm. de l'angle duodéno-jéjunal, est séparé du bord intestinal du mésentère par une bandelette de 2 cm. environ ; de consistance homogène et rénitente, il semble constitué par une substance pâteuse contenue dans une poche à parois minces ; fait curieux : il ne se présente pas de la même façon selon qu'on l'examine à travers le feuillet droit ou le feuillet gauche du mésentère ; en effet, tous les vaisseaux mésentériques importants sont situés du même côté, du côté gauche du mésentère, tandis que, lorsqu'on l'examine du côté droit, il apparaît à travers le feuillet droit du mésentère qui glisse sur lui comme une masse jaune-orangée dont la surface n'est parcourue que par quelques fines arborisations vasculaires. En raison de ces constatations anatomopathologiques, alors qu'on était bien décidé, en commençant l'opération, à faire une résection intestinale en même temps que l'extirpation du kyste, on tente son énucléation ; on fit une incision du feuillet droit presque avasculaire du mésentère, incision perpendiculaire à l'intestin et faite au niveau de la partie moyenne de la tumeur ; le kyste se clive avec une très grande facilité et n'est bientôt plus retenu au mésentère que par un pédicule vasculaire court et grêle que l'on sectionne. La brèche mésentérique qui n'intéresse d'ailleurs que le feuillet péritonéal droit du mésentère est fermée soigneusement avec un surjet au catgut fin ; le colon transverse et le tablier épiploïque remis en place, la paroi abdominale est fermée sans drainage en deux plans : un plan profond séro-musculo-aponécrotique avec des fils de soie par points séparés et un plan superficiel cutané avec des agrafes de MICHEL.

Suites opératoires extrêmement simples ; notre opérée sort de l'hôpital le quatorzième jour après son opération en excellente voie de guérison.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce, fait par le Professeur HOCHÉ, a montré qu'il s'agissait d'un kyste à parois minces formées de fibres conjonctives adultes et à contenu chyleux.

Notre malade que nous avons revue dernièrement est complètement guérie : son état général est maintenant parfait, son poids a augmenté de 2 kg. 5 et elle a repris ses occupations ménagères.

OBSERVATION II

KYSTE CHYLEUX DU MÉSENTÈRE

MARSUPIALISATION — GUÉRISON

*Observation inédite due à l'obligeance
de M. le Professeur Hamant.*

Le 6 octobre 1933, entrain dans le service de M. le Professeur HAMANT, un homme de 50 ans, Lucien G. Il y était adressé par M. le Professeur ETIENNE dans le service duquel il avait été hospitalisé avec le diagnostic de cancer de l'estomac, compliqué de métastase péritonéale.

L'histoire de l'affection de ce malade était de date récente. Ayant toujours joui d'une santé parfaite, cet homme avait constaté, depuis un an environ, une augmentation de volume de son abdomen. En même temps, ses digestions étaient devenues quelque peu pénibles, il avait présenté quelques rares vomissements et, de temps à autres, des coliques abdominales. L'augmentation de volume de son ventre étant devenue considérable et ayant cependant constaté un amaigrissement d'environ quatre kilogs, cet homme s'était décidé à entrer à l'hôpital.

A l'examen, on constatait un abdomen énorme, sans cir-

culatation collatérale. La recherche de la sensation de flot se montrait positive et la percussion révélait une matité presque complète, cependant, en toute position du malade, l'hypochondre gauche restait sonore. Quand on palpaît cet abdomen, on avait l'impression de mobiliser en bloc une masse kystique et, dans la fosse iliaque droite, il semblait exister une masse plus consistante.

Frappé par l'assez bonne conservation de l'état général de ce malade, on rejeta le diagnostic de cancer gastrique, on pencha plutôt pour une tumeur kystique rétropéritonéale et on décida de pratiquer une laparotomie.

Intervention le 7 octobre (docteur CHALNOT). Sous anesthésie générale au mélange de SCHLEICH, on pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve un énorme kyste que l'on ponctionne et dont on retire douze litres d'un liquide couleur café au lait. On amare la poche kystique et on constate la présence de l'intestin grêle à sa surface. On excise les bords du kyste et on se rend compte que son énucléation est impossible et nécessiterait une résection intestinale très étendue.

On place alors un Mikulicz dans la poche kystique et on abouche ses bords à la paroi abdominale par des points séparés au noirgut. Les suites sont excessivement simples. Le Mikulicz est enlevé le quatrième jour. Il existe un suintement sanglant assez abondant, on place un drain qui, les jours suivants, est diminué progressivement de façon à permettre le comblement de la poche.

Le 12 novembre (35 jours après l'opération), la cicatrisation est complète et le malade quitte l'hôpital. Depuis, il est revenu se montrer à plusieurs reprises, sa guérison est parfaite et sans aucune éventration.

L'examen anatomopathologique d'un fragment de la paroi du kyste a montré qu'il était constitué dans sa zone externe par du tissu fibreux lamellaire et dans sa zone interne par du tissu de bourgeonnement infiltré de monocytes et en particulier de nids de plasmocytes.

RÉSUMÉ D'OBS

ANNÉE	AUTEURS	VARIÉTÉ DE KYSTE	SEXE	AGE	SYMPTÔMES PRINCIPAUX
1887	Buchwald	Entéroïde (?)		6 ans	Occlusion intestinale, tumeur.
1898	Broca	Séreux	F.	6 ans	Crises de douleurs abdominales.
1898	Quensel	Entéroïde		Nouveau né	Invagination intestinale.
1900	Sprengel	Entéroïde	F.	15 ans	Crises de douleurs abdominales, tumeur, mauvais état général.
1902	Klemm	Chyleux	M.	2 ans ½	Douleurs abdominales, augmentation de volume de l'abdomen.
1904	Basil Hall	Dermoïde	F.	8 ans	Tumeur indolente, mauvais état général.
1904	Tuffier N° 1	Chyleux	M.	21 ans	Douleur et tumeur abdominale.
1904	N° 2	Chyleux		12 ans	Crise d'obstruction intestinale.
1904	Tschucky et Specker	Chyleux	F.	28 ans	Tumeur abdominale prise pour un kyste de l'ovaire.
1905	Broca		M.	4 ans	Hernie inguinale.
1906	Colly		M.	12 ans	Occlusion intestinale.
1907	Bantock	Dermoïde	F.		
1907	Koenig	Dermoïde		46 ans	
1907	Spencer Wells	Dermoïde	F.	19 ans	Tumeur mobile de l'hypochondre droit.
1908	Bell et Yeomann	Dermoïde	F.	24 ans	Tumeur pelvienne et douleurs lombaires.
1908	Federmann	Dermoïde	F.	25 ans	Tumeur mobile et crises douloureuses abdominales.
1909	Deaver	Dermoïde	F.	7 ans	Tumeur et douleurs abdominales.

ATIONS PUBLIÉES

CARACTÈRES MACROSCOPIQUES	INTERVENTION	RÉSULTAT
yste en bissac communiquant avec l'intestin, 17 cm. × 9 cm. × 2 cm. $\frac{1}{2}$ et 10 cm. × 7 cm. × 2 cm. $\frac{1}{2}$.	Résection.	Mort
olume de deux poings.	Dissection.	Mort en 24 heures Perforation intestinale
	Résection.	Mort
yste de 3 cm. de diamètre ayant provoqué une invagination intestinale.	Résection.	Guérison
olume d'une tête d'enfant.	Résection.	Guérison
olume d'une noix de coco.	Marsupialisation.	Guérison en 8 semaines
	Extirpation.	Guérison
olykystique.	Décortication impossible, marsupia- lisation.	Guérison
ontenait deux litres de liquide.	Extirpation.	?
yste contenu dans la hernie.	Excision.	Guérison
olume d'une orange.	Enucléation.	Guérison
	Extirpation.	Guérison
ontenait des cheveux.	Marsupialisation.	Guérison
ontenait des cheveux et de la substance sébacée.	Marsupialisation.	Guérison après fistule
olume d'une orange de Jaffa.	Résection après excision par crainte de sphacèle de l'intestin.	Guérison
olume d'une orange.	Enucléation facile.	Guérison
Trois kystes enserrant l'intestin.	Résection.	Guérison

ANNÉE	AUTEURS	VARIÉTÉ DE KYSTE	SEXE	AGE	SYMPTÔMES PRINCIPAUX
1910	Wastermann	Dermoïde	Jeune fille		Occlusion intestinale.
1911	Houzel	Dermoïde	M.	23 mois	Grosse tumeur indolente.
1911	Solaro	Dermoïde	M.	4 ans ½	Tumeur mobile indolente.
1911	Soubeyran	Dermoïde	F.	41 ans	Occlusion intestinale, tumeur, dominante.
1911	Wastermann	Dermoïde	Jeune fille		Occlusion intestinale, tumeur, cite.
1912	Chierentzinska	Chyleux		12 ans	Occlusion intestinale.
1912	Frund	Chyleux	M.	20 ans	Tumeur mobile.
1912	Souligoux	Dermoïde	M.	50 ans	Tumeur prise pour un cancer colon.
1913	Lecène	Lymphatique ?	M.	59 ans	Grosse hernie scrotale avec troubles digestifs.
1913	Reiles	Chyleux	F.	42 ans	Tumeur et douleurs abdominales.
1920	Stanley White	Enteroïde		6 ans	Crises de douleurs abdominales.
1920	Villar	Séreux	F.	39 ans	Douleurs abdominales.
1921	Carter		F.	40 ans	Signe d'appendicite aiguë et fièvre.
1921	Duvergey		F.		Tumeur prise pour un rein-tant.
1921	Lemoiniet	D'origine Wolfienne	F.	31 ans	Tumeur, crise de douleurs abdominales.
1922	Candea		F.	21 ans	Tumeur mobile accompagnée de troubles gastriques.
1922	Paget, Lepage et Morlet		M.	4 sem.	Tumeur abdominale.
1923	Abadie et Argaud	Lymphang ^{me}		21 ans	Ascite prise pour une péritonite bacillaire.
1923	Naumann	Lymphang ^{me}		1 an ½	Signe d'appendicite aiguë, mauvais état général.

CARACTÈRES MACROSCOPIQUES	INTERVENTION	RÉSULTAT
avait été antérieurement ponctionné.	Résection.	Guérison
kyste énorme s'insérant au voisinage de la colonne vertébrale.	Marsupialisation.	Guérison après fistule ayant durée 2 ans
volume d'une orange.	Enucléation facile.	Guérison
volume d'un poing.	Enucléation facile après incision du kyste.	Guérison
volume d'un poing, torsion de l'intestin.	Résection après excision du kyste.	Guérison
volume d'une tête d'adulte adhérait à l'intestin	Résection.	Guérison
volume d'une noix de coco.	Enucléation prudente.	Guérison
volume d'une tête de fœtus à terme.	Enucléation.	Guérison
volume de deux poings, contenu dans le sac herniaire.	Résection intestinale.	Guérison
volume de deux poings.	Enucléation.	Guérison
volume d'une balle.	Résection (extraction impossible).	Guérison
volume d'une orange de Jérusalem.	Extirpation.	Guérison
centimètres de diamètre.	Enucléation.	Guérison
	Marsupialisation (décortication impossible).	Guérison
contenait 4 litres $\frac{1}{2}$ de liquide.	Enucléation facile.	Guérison
volume d'une tête d'enfant.	Résection.	Guérison
	Enucléation difficile.	Guérison
lumineuse.	Enucléation facile.	Guérison
	Ponction.	Mort

ANNÉE	AUTEURS	VARIÉTÉ DE KYSTE	SEXE	ÂGE	SYMPTÔMES PRINCIPAUX
1923	Naumann	Lymphang ^{mo}		6 ans	Volume d'une poire.
1924	Von Schirmer	Lymphang ^{mo}		5 ans	Signe d'appendicite aiguë.
1924	Payr	Lymphang ^{mo}	F.	21 ans	
1925	Sofoteroff	Chyleux et Séreux coexistant	F.	53 ans	Tumeur et douleur de la f. iliaque droite.
1926	Cornioley	Lymphang ^{mo}	F.	43 ans	Tumeur et douleurs abdominales.
1926	Mathieu	Lymphang ^{mo}		3 ans ½	Tumeur abdominale.
1926	Nossen	Lymphang ^{mo}	F.	41 ans	Tumeur et douleurs abdominales.
1926	Pappacena	Chyleux	M.	23 ans	Signes d'appendicite sans fièvre tumeur.
1927	Desgouttes et Ricard	Entéroïde	F.	49 ans	Tumeur, douleurs lombaires.
1927	Hilkema	Chyleux		10 ans	Tumeur, occlusion intestinale.
1927	Wade		F.	3 ans	Tumeur et crises douloureuses abdominales.
1928	Einaudi	Séreux	F.	40 ans	Douleurs abdominales.
1928	Chauvenet		M.	23 ans	Signe de perforation d'un viscère.
1929	Wilson	Chyleux		8 ans	Ascite prise pour une péritonite.
1930	Charrier et Traisac	Dermoïde	F.	26 ans	Tumeur découverte fortuitement.
1930	Finuci	Chyleux	F.	32 ans	Tumeur.
1930	Labry et Montel	Chyleux			
1930	Martin	Lymphang ^{mo}	F.	42 ans	Tumeur, crises douloureuses abdominales.
1931	Calzolari	Lymphang ^{mo}	M.	51 ans	Tumeur, douleurs abdominales.
1932	Brisset	Hématique	F.	60 ans	Tumeur, occlusion subaiguë.

CARACTÈRES MACROSCOPIQUES	INTERVENTION	RÉSULTAT
Perforation du caecum.	Laparotomie exploratrice.	Mort
Petit poing.	Enucléation facile.	Mort
	Ponction, énucléation impossible.	Récidive Mort en 6 mois
8 cm. × 19 cm. kyste chyleux. 9 cm. × 41 cm. kyste séreux.		Guérison
10 centimètres de diamètre.	Enucléation facile.	Guérison
Volume d'une tête d'enfant.	Enucléation.	Guérison
Qu'il s'étend jusqu'à la colonne vertébrale.	Exploratrice.	Mort
Volume d'une orange.	Enucléation facile.	Guérison
Volume d'une tête d'enfant.	Enucléation difficile.	Guérison
Tumeur insérée sur le méésentère par un pédicule.	Ligature du pédicule.	Guérison
Volume d'un petit ballon.	Résection.	Guérison
Volume d'une orange.	Enucléation facile.	Guérison
Rupture traumatique.	Exérèse facile.	Guérison
Parois très mince.	Ponction.	Récidive et mort
Volume d'un poing.	Enucléation facile.	Guérison
Volume d'une tête de fœtus à terme.	Enucléation suivie de résection (ligature de nombreux vaisseaux).	
	Enucléation difficile.	Guérison
Tumeur située au contact de la paroi abdominale postérieure.	Résection.	Guérison
Volume d'une tête d'adulte.	Biopsie, excision dangereuse.	Régression de la tumeur
Volume d'une tête d'enfant.	Résection, décortication impossible.	Guérison

ANNÉE	AUTEURS	VARIÉTÉ DE KYSTE	SEXE	AGE	SYMPTÔMES PRINCIPAUX
1932	Paterson	Epithélioma développé sur un kyste mésentérique	M.	59 ans	Occlusion intestinale chronique.
1932	Paterson		M.	6 ans	Signe de péritonite tuberculeuse.
1932	Léonté	Enteroïde		17 ans	Tumeur, crises douloureuses abdominales.
1932	Reinhold	Séreux		5 ans	Occlusion intestinale.
1933	Hamant et Chalnot	Chyleux	M.	50 ans	Tumeur et troubles gastro-intestinaux.
1933	Arklay Steel			8 ans	Occlusion intestinale.
1933	Milianitch	Enteroïde	M.	29 ans	Tumeur découverte fortuitement.
1933	Ugelli n° 1	Dermoïde	F.	48 ans	Troubles digestifs vagues.
	n° 2	Dermoïde		14 ans	Tumeur indolente.
1934	Collins et Berce	Lymphang ^{mo}		4 ans	Signe d'appendicite, mauvais état général.
1934	Hardouin	Chyleux	M.	3 ans	Crises de douleurs abdominales.
1934	Michel	Chyleux	F.	29 ans	Tumeur, douleurs abdominales.
1935	Roller	Lymphang ^{mo}		6 ans	Signe d'appendicite aiguë et tumeur.
1935	Roller	Sanguin	M.	53 ans	Occlusion intestinale.

CARACTÈRES MACROSCOPIQUES	INTERVENTION	RÉSULTAT
	Résection.	Guérison (revu après 2 ans)
Volume d'une orange.	Marsupialisation.	Guérison en 2 mois $\frac{1}{2}$
	Enucléation difficile.	Guérison
Volume de deux poings, volvulus de la terminaison du grêle.	Résection.	Guérison
Contenait 12 litres de liquide.	Marsupialisation.	Guérison
	Résection.	Guérison
Volume d'une tête d'enfant.	Résection.	Guérison
Petite tumeur.	Excérèse facile.	Guérison
Volume d'une tête fœtale.	Excérèse facile.	Guérison
Polymineuse.	Exploratrice.	Mort
à 8 cm. de diamètre.	Résection intestinale à la suite d'excérèse avec desinsertion de 8 cm. de grêle.	Guérison
Volume de deux poings, disposition des vaisseaux mésentériques d'un seul côté de la tumeur.	Enucléation facile.	Guérison
Deux lobes de 9 centimètres de diamètres.	Résection.	Guérison
Cyste tordu.	Résection.	Guérison

CHAPITRE VII

Déductions thérapeutiques résultant de l'étude des observations

1° *Fréquence du mode d'intervention pratiqué dans les kystes du mésentère.*

De tous les modes de traitement, c'est l'extirpation du kyste qui est la plus utilisée, et le plus souvent elle est réalisée par la simple énucléation. Parmi nos soixante-dix cas opérés, il a été en effet pratiqué :

55 extirpations, soit 78 % dont	{	36 par énucléation, soit 51 %,
		19 par résection en bloc du kyste et de l'anse intestinale adjacente, soit 27 % ;

8 marsupialisations, soit 11 % ;

7 laparotomies exploratrices (avec ou sans ponction palliative), soit 10 % ;

1 ponction. Ce kyste ponctionné ayant récidivé, a été ensuite extirpé en un seul bloc avec l'anse intestinale adjacente.

2° *Fréquence du mode d'intervention dans chaque variété de kystes du mésentère.*

Parmi les observations que nous avons rassemblées, il y avait :

{	Kystes lymphatiques	33
	Kystes dermoïdes	16
	Kystes enteroïdes	7

Les kystes entéroïdes ont toujours été extirpés, mais presque toujours ils l'ont été par résection en un seul bloc du kyste et de l'anse intestinale adjacente.

Sur les sept cas, il y a eu en effet :

Résections	5, soit 71 %
Enucléations (difficiles) ..	2, soit 28 %

Les kystes dermoïdes sont également le plus souvent extirpables, mais le sont au contraire surtout par simple énucléation (faciles le plus souvent) et ne nécessitent que rarement la résection intestinale.

Les seize cas que nous avons rassemblés ont nécessité :

Enucléations	10, soit 62 %
Marsupialisations	4, soit 28 %
Résections	2, soit 12 %

Il est à remarquer que les quatre cas de marsupialisation sont antérieurs à 1911 et que nous n'en n'avons pas trouvé d'autres pour des kystes der-

moïdes depuis les travaux de PAKOWSKI, lequel a été un défenseur de l'énucléation dans cette variété de kystes et a montré les avantages de cette méthode sur la marsupialisation.

Les kystes lymphatiques, tout en étant également énucléables dans plus de la moitié des cas, sont ceux dont l'extirpation peut présenter le plus de difficultés, aussi ont-ils été assez souvent traités par la résection d'emblée. Notons également que les sept kystes, pour lesquels il n'a pu être fait autre chose qu'une laparotomie exploratrice, étaient des kystes lymphatiques (lymphangiome le plus souvent).

Les trente-trois kystes lymphatiques que nous avons rassemblés ont été en effet traités par :

Enucléations	18, soit 54 %
Résections	6, soit 18 %
Marsupialisations	2, soit 6 %
Laparotomies exploratr...	7, soit 21 %

3° *Facilité de l'énucléation dans un grand nombre de kystes du mésentère.*

L'énucléation du kyste a pu être réalisée dans trente-six de nos soixante-dix observations, soit dans cinquante-et-un des cas.

Elle a été facile pour seize kystes, a nécessité quelques difficultés pour dix kystes et pour les dix autres, il n'est pas précisé dans les observations si

l'énucléation a été facile ou difficile, mais ce manque de précision laisse penser que, dans ces cas, elle a dû se faire facilement.

Sur les dix cas d'énucléations difficiles, quatre fois seulement on a dû compléter l'extirpation du kyste par la résection d'une portion plus ou moins longue d'anse intestinale adjacente, dont la nutrition avait été compromise au cours de l'intervention. Cette résection intestinale complémentaire, tout en allongeant la durée de l'intervention, ne l'a pas aggravée et ces quatre cas ont été suivis de guérison.

4° *La mortalité dans les différentes interventions pour kyste du mésentère.*

Notre statistique nous donne peu de renseignements sur ce point et nous pensons que cela tient au fait que ce sont surtout les observations où la guérison est obtenue qui sont publiées et que les mauvais cas sont souvent passés sous silence.

Cependant, sur nos soixante-dix observations, nous avons bien dix cas de décès, ce qui fait une mortalité de 14 %. Mais parmi ces dix morts, six sont survenues après simple laparotomie exploratrice, deux après résection du kyste et de l'anse intestinale adjacente (et ce sont des observations déjà anciennes: BUCHWALD 1887 et QUENSEL 1898), enfin deux autres après énucléation du kyste (Von SCHIRMER 1924, enfant de cinq ans opéré d'urgence avec le diagnostic d'ap-

pendicite aiguë et qui présentait en réalité un kyste du mésentère dont l'énucléation s'était faite facilement et BROCA 1898, kyste séreux chez un enfant de six ans, dont l'extirpation avait nécessité une véritable dissection au cours de laquelle avait été faite une perforation intestinale qui ne fût révélée qu'à l'autopsie).

Pour compléter cette lacune de notre statistique, nous rappellerons ici celles données par FLYNN en 1930, et par WARFIELD en 1932.

Pour FLYNN, la mortalité de l'énucléation serait de 16 %, celle de la résection du kyste et de l'anse intestinale adjacente, de 60 %.

Pour WARFIELD, l'énucléation aurait une mortalité de 9 % ; la marsupialisation de 16 % ; la résection du kyste et de l'anse intestinale, de 27 %.

Mais faisons remarquer que ces auteurs ont fait entrer dans leur statistique les kystes des différents mésos (mésocolon, mésosigmoïde, etc...) ; c'est ainsi que sur cent vingt neuf observations rassemblées par WARFIELD, cinquante-huit seulement concernent des kystes du mésentère de l'intestin grêle.

5° *Les facteurs de gravité des interventions pour kyste du mésentère.*

Parmi les dix cas de décès que nous avons retrouvés, huit concernent des enfants en-dessous de huit

ans et les deux autres des adultes. Le jeune âge des opérés est donc certainement un facteur de gravité dans le pronostic des kystes du mésentère. Par contre, le jeune âge ne semble contre-indiquer aucune des méthodes de traitement, comme le montrent les résections faites avec succès chez des enfants depuis l'âge de deux ans et demi (observations de KLEMM 1902, WADE 1927, REINHOLD 1932, HARDOUIN 1934).

Nous avons également remarqué, et de nombreux chirurgiens sont d'accord sur ce point, que l'intervention en crise aiguë (occlusion intestinale ou crises de douleurs abdominales aiguës simulant souvent l'appendicite) était beaucoup plus grave. Six de nos dix cas mortels avaient été opérés en période de crise. Malheureusement, dans ces cas, le chirurgien a la main forcée et doit quand même intervenir. Il serait à souhaiter que tous les kystes du mésentère soient opérés avant d'avoir donné lieu à ces accidents, ainsi serait encore abaissé leur mortalité, déjà en régression depuis les progrès de la technique chirurgicale.

CONCLUSION

1° Il faut entendre par « kyste du mésentère » les tumeurs kystiques siégeant exclusivement à l'intérieur du méso de l'intestin grêle. Cette individualisation est basée exclusivement sur le problème thérapeutique que soulève cette variété de tumeurs.

2° En dehors des kystes hydatiques qui n'ont pas à être envisagés dans cette étude, les kystes du mésentère comprennent trois variétés principales qui sont, par ordre de fréquence, les kystes lymphatiques d'origine mésodermique, les kystes dermoïdes d'origine ectodermique, les kystes enteroïdes d'origine endodermique. Les kystes d'origine Wolfienne sont exceptionnels.

3° Des quatre méthodes qui ont été proposées pour le traitement de ces kystes, seule la ponction est actuellement abandonnée.

La marsupialisation, méthode de nécessité, garde encore de nos jours ses indications.

L'énucléation est la méthode de choix lorsqu'elle est facilement réalisable ; mais la tendance actuelle est de pousser ses indications moins loin qu'autrefois.

La résection en bloc du kyste et de l'anse intestinale adjacente ne doit être utilisée qu'en cas d'énucléation impossible ou trop dangereuse pour la vitalité de l'intestin, et si le malade est assez résistant pour la supporter.

4° D'une façon générale, les kystes entéroïdes sont les plus difficiles à énucléer et nécessitent le plus souvent la résection en un seul bloc du kyste et de l'anse intestinale adjacente. Les kystes dermoïdes, au contraire, peuvent être énucléés presque toujours facilement. Quant aux kystes lymphatiques, certains sont facilement énucléables, d'autres le sont très difficilement et doivent être extirpés par résection en un bloc du kyste et de l'anse intestinale adjacente.

5° La mortalité dans les interventions pour kystes du mésentère semble en voie d'amélioration. Le jeune âge des opérés et l'intervention en période de crises aiguës sont des facteurs de gravité.

6° Le traitement des kystes du mésentère ne doit pas comporter de formule rigide. La tactique opératoire doit être suffisamment souple pour s'adapter à chaque cas.

VU :

Nancy, le 30 mars 1936.

Le Président de Thèse,

MICHEL.

VU ET APPROUVÉ :

Nancy, le 30 mars 1936.

Le Doyen

de la Faculté de Médecine,

SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 1^{er} avril 1936.

Le Recteur de l'Académie,

BRUNTZ.

Président du Conseil de l'Université.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE et ARGAUD. — Sur un chyliangiome du mésentère avec volumineux kyste à contenu chyleux. (*Bulletin de l'Académie de médecine de Paris*, Tome XC, Nov. 1923, p. 312-316).
- ALEXANDRE. — Kyste dermoïde. (*Société anatomique Paris*, 1901, p. 292).
- ALEXITCH. — Contribution à l'étude des kystes séreux du mésentère. (*Thèse de Bordeaux*, 1921).
- ALOÏ. — Volumineux kyste mésentérique multiloculaire. (*La Riforma medica*, 24 oct. 1927).
- ARÉKION. — Etude sur les kystes du mésentère. (*Thèse de Paris*, 1890-1891).
- ARKLAY Steel. — Kyste du mésentère comme cause d'occlusion intestinale. (*The british journal of surgery*, vol. XXI, juillet 1933, p. 104-107).
- AUGAGNEUR. — Tumeurs du mésentère. (*Thèse d'agrégation* 1885-1886).
- BASIL HALL (Bradford). — Un cas de kyste dermoïde du mésentère. (*The Lancet*, Londres, 1904).

- BAUER. — Kystes mésentériques et retroperitonéaux. (*Beitr. z. Klin. chir.* 1910, Tome LXX, p. 829).
- BAUMANN. — Occlusion intestinale par kyste du mésentère (*Münchener medizinische Wochenschrift*, Tome LXX, juin 1923, p. 343).
- BEGOUIN. — Tumeurs solides et liquides du mésentère. (*Revue de chirurgie* 1899, Tome XIX, p. 235).
- BELL et YOMANN. — Kyste dermoïde du mésentère. (*Brit. med. journal Londres*, 1908).
- BÉRARD. — Des hématomes du mésentère. (*Thèse de Paris*, 1888-1889).
- BLAINE SWARTLEY. — Kystes mésentériques. (*Annals of surgery*, juin 1927, Vol. LXXXV).
- BONNET de ROUGEMONT et CHAPIOT. — Radiographies d'injections opaques dans un kyste du mésentère. (*Société de chirurgie de Lyon*, 26 mars 1925).
- BUCHWALD, 1887. — Kyste du mésentère. (*Cité dans Colmers*).
- BROCA et DANIEL. — Les kystes du mésentère dans l'enfance. (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale* 1905, Tome IX, p. 447-468).
- BRUCY. — Etude sur les kystes séreux des ganglions lymphatiques. (*Thèse, Paris*, 1876).
- BRUNETTI. — Revue générale sur les kystes du mésentère. (*Il Policlinico*, 1913).
- CALZOLARI. — Un cas de lymphangiome du mésentère. (*Il Policlinico Sezione chirurgica*, septembre 1931).
- CANDEA (Roumanie). — Kyste chyleux du mésentère. (*Zentralblatt für chirurgie*, 1922).
- CARTER (Green Bay). — Kyste du mésentère. (*Surgery-gynecology and obstetrics*, 1921).
- CASIRO. — Contribution à l'étude des kystes séreux du mésentère. (*La semana medica*, 27 nov. 1924).
- CHARRIER et TRAISAC. — Kyste dermoïde du mésentère. (*Bordeaux chirurgical*, juillet 1930).
- CHAVANNAZ et GUYOT. — *Nouveau traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*, 1913).

- CHAYSON. — Les kystes du mésentère. (*Thèse*, Paris, 1890).
- COLLET. — Essai sur les kystes du mésentère. (*Thèse*, Paris, 1883-1884).
- COLLY. — Kyste du mésentère compliqué d'occlusion intestinale. (*Britisch medical Journal*, octobre 1906).
- COLMERS. — Les enterokystomes et leur signification chirurgicale. (*Archiv für Klinische chirurgie*, 1906).
- COPPENS. — De la laparomotie suivie de drainage dans les kystes du mésentère. (*Bulletin médical*, Paris, 1888).
- CORNIOLEY (Genève). — Contribution à l'étude des kystes mésentériques. (*Lyon chirurgical*, septembre 1926, p. 566).
- CROSSI. — Sténose intestinale par kyste mésentérique (XXXIII *Congrès de la Société italienne de chirurgie*, Padoue, octobre 1926).
- CUNEO. — Un cas de kyste dit du mésentère. (*Archives générales de médecine*, 1909).
- DEAVER (Philadelphie). — Kyste dermoïde du mésentère. (*Annals of surgery*, mai 1909).
- DEFFAINS. — Etude clinique et thérapeutique sur les kystes du mésentère. (*Thèse de Paris* 1893-1894).
- DELAGENIÈRE. — Kyste du mésentère. (*Bulletin de la Société anatomique*, 1889).
- DELBET. — Kyste du mésentère. (*Journal des praticiens*, 26 avril 1930).
- DELITA (Turin). — Contribution à l'étude des kystes du mésentère d'origine Wolfienne. (*Archivc Italiano di chirurgia*, septembre 1926).
- DELMEZ. — Kyste du mésentère. (*Thèse de Paris*, 1890-1891).
- DESGOUTTES et RICARD. — A propos des kystes du mésentère. (*Journal de chirurgie*, septembre 1928, p. 269).
- DORRA. — Contribution à l'étude des kystes du mésentère déterminant l'occlusion intestinale. (*Thèse de Bordeaux*, 1916).
- DOWD. — Kystes du mésentère. (*Ann. of surgery*, 1900, vol. XXXII).

- DRUCHET. — Kyste séreux du mésentère. (*Archive générale de chirurgie*, 1908, Tome II).
- DUPLAY et RECLUS. — (*Traité de chirurgie*, Tome VI, p. 920), édition 1898).
- DUVAL. — (*Précis de pathologie chirurgicale*, 1911).
- EINAUDI — Un ca sde kyste séreux du mésentère. (*Minerva medica an VIII*, 28 avril 1928).
- FEDELE. — Les Kystes mésentériques d'origine embryonnaire. (*La clinica chirurgica*, septembre 1927).
- FEDERMANN. — Kystes dermoïdes. (*Deut. Zeit. für chirurgie*, Leipzig, 1908, p. 355).
- FEDINÉE. — Contribution à l'étude des kystes mésentériques. (*Bratislavske Lekavske Listy IIX*, avril 1929).
- FINUCCI (Turin). — Sur un cas de kyste du mésentère (*Il Policlinico Sezione chirurgica*, Ann. XXXVII, 15 octobre 1930).
- FLYNN. — Kystes mésentériques. (*Annals of surgery Philadelphia*, vol. XCI, avril 1930).
- FOYAHN. — Chirurgie du mésentère, quatre observations. (*In dessert Rostock*, 1904).
- FREUDENTHAL. — Kyste chyliforme ayant déterminé une occlusion intestinale. (*Hospitalstidende Copenhagen*, LXXI, avril 1928).
- FRUND. — Kyste chyleux du mésentère. (*Surg. gynec. and. obst.*, juillet 1912).
- GAZIANOL. — Contribution à l'étude des kystes sérohématiques du mésentère. (*Thèse de Montpellier*, 1919).
- GREEN. — Kystes enteromésentériques. (*Surgery gynecology and obstetric*, 1927)
- GROSS. — Diagnostic et traitement des kystes du mésentère. (*Bulletin médical* 1895).
- GROSS, ROHMER et VAUTRIN. — (*Traité de pathologie externe*, 1891).
- HAHN. — Kystes mésentériques et rétropéritonéaux. (*Berliner Klinische Wochens*, Chrift 1887, Tome XXIV, p. 408).
- HANS SCHMID de Stetten. — Contribution au diagnostic des

- tumeurs abdominales. (*Centralblatt für chir.* N° 1, 1890, p. 18).
- HARBITZ. — Kyste du mésentère. (*Presse médicale*, 29 octobre 1932).
- HOFFMEISTER (Fribourg). — Les kystes lymphatiques du mésentère et du mésocolon. (*Med. Klinik*, juillet 1927).
- HOUZEL. — Kystes dermoïdes du mésentère. (*Archives provinciales de chirurgie*, N° 4, avril 1911).
- HOVELAGUE. — Les artères mésentériques, 1936.
- HUZELLO. — La pathogénie des kystes mésentériques. (*Virchows Archiv. für pathologische Anatomie und klinisch Medizin*, 19 septembre 1921, Tome CC XXXIII, p. 260).
- HYLKEMA (La Haye). — Un cas insolite d'occlusion intestinale, suite de compression de la région ileocecale par un kyste chyliforme. (*Nederlandsch, Tijdschrift voor geneeskunde*, décembre 1927).
- KIRMISSON. — Rapport sur une observation de kyste dermoïde du mésentère de M. SOUBEYRAN. (*Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris* 1912, Tome XXXVIII).
- KIRMISSON. — Kyste du mésentère chez un enfant. (*Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, avril 1904).
- KLEFSTAD - SILLONVILLE. — Kystes chyleux du mésentère. (*Thèse de Paris*, 1891 - 1892).
- KLEMM. — Contribution à la pathogénie des chylangiomes du mésentère. (*Virchow archiv. für anatomie*, 1905).
- KLEINE. — Contribution à l'anatomie pathologique des kystes mésentériques. (*Arch. für gynec.*, 23 décembre 1929).
- KUSTER. — Kyste séreux du mésentère. Ablation. Mort. (*Ein. chirurg. Trienn.*, Berlin, 1882).
- LABRY et MONTEL. — Kyste chyleux du mésentère. (*Presse médicale du 26 novembre* 1930).
- LAGANE. — Etude sur la circulation sanguine du mésentère et sur sa physiologie pathologique. (*Thèse de Paris*, 1913).

- LANNELONGUE et ACHARD. — (*Traité des kystes congénitaux*, 1886)
- LAPAGE, PAGET et MORLET. — Volumineux kyste du mésentère chez un enfant. (*The Lancet*, 28 Novembre 1925).
- LAUNAY. — Kyste dermoïde du mésentère. (*Société de chirurgie de Paris* 1910).
- LAWSON-TAIT. — Quatre cas de kystes du mésentère opérés avec succès, (*cités dans son « traité des maladies des ovaires* 1886).
- LECENE. — (*Thérapeutique chirurgicale*), édition 1926, Tome III.).
- LE DENTU ET DELBET. — (*Traité de chirurgie clinique et opératoire*, Tome VIII, édition 1899).
- LEMONIET. — Kyste du mésentère (*Société de chirurgie de Paris*, 15 Octobre 1924).
- LEONTE. — Kyste du mésentère. (*Société Nationale de chirurgie*, 22 Juin 1932).
- LETULLE. — Kyste chyleux du mésentère. (*Presse médicale*, Paris 1899, 26 Juillet).
- LÉVÊQUE. — Kystes sanguins mésentériques et rétropéritonéaux. (*Thèse de Paris* 1911).
- LIEUTAUD. — (*Historica anatomica medica*. Tome I, Observations de kystes du mésentère 1767).
- LITTEN. — Les conséquences de l'obstruction de l'artère mésentérique supérieure, (*Virchow Archiv* 1875)
- LOLHEIN. — Kyste dermoïde marsupialisé. Occlusion intestinale secondaire. (*Klin. Woch.* juin 1889, p. 557).
- MATHIEU. — Kyste du mésentère chez un enfant. Enucléation, guérison. (*Société de chirurgie du 3 février* 1926).
- MILIANITCH. — Volumineux kyste du mésentère. Résection intestinale large. Guérison. (*Société nationale de Chirurgie*, 25 octobre 1933).
- NAUMANN (Leipzig). — Diagnostic et traitement des kystes du mésentère. (*Archiv für Klinische chirurgie* 1921, T. C. XVII, p. 819 - 841).

- NEUKIRCH. — Kystes et pseudokystes du mésentère. (*Arch. für Klinische chir.*, 22 octobre 1930).
- NEY et WILKINSON. — 200 cas de kystes du mésentère. (*Annals of surgery*, 1911).
- NIGSI. — Les kystes du mésentère d'origine embryonnaire. (*Virchows Arch.*, 1907, Tome CXCI).
- NOSSEN. — Sur les tumeurs du mésentère. (*Brun's Beiträge zur Klinischen Chirurgie* 1925, Tome C XXII, p. 551-560).
- PAKOWSKY. — Kystes dermoïdes du mésentère. (*Archives générales de Chirurgie*, 1912).
- PAPACENA. — Kyste du mésentère simulant une appendicite. (*Art. méd.*, N° 32).
- PEAN. . . (*Diagnostic et traitement des tumeurs abdominales et du petit bassin*, 1880, Tome I, p. 1103. *Trois cas de kystes du mésentère*).
- PETERSON. — Kyste du mésentère. (*Annals of surgery*, juillet 1932).
- PORTAL. — (*Cours d'anatomie médicale ou éléments de l'anatomie de l'homme*, Tome V, Paris 1803, p. 268).
- PORTER. — Kystes chyleux du mésentère. (*Annals of surgery*, 1906, Vol. 43).
- R. PROUST et MONOD. — Contribution à l'étude des kystes du mésentère et spécialement des kystes chyleux. (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1912, p. 224 - 272).
- QUENSEL. — (*Nordiskt medic. archiv.*, 1898).
- QUENU. — (*Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, 1898, Tome VI, p. 918 - 927).
- REILES. — Kyste chyleux du mésentère. (*Bul. Sociét. obst. et Gynéc.*, mai 1932).
- REINHOLD. — Kyste du mésentère compliqué de volvulus. Résection. Guérison. (*Bul. et mémoire de la Soc. Nat. de Chirurgie*, 16 avril 1932).
- RIETTI. — Sur les kystes mésentériques d'origine surrénale. (*Archives italiennes de chirurgie*, Tome IV, 1924).

- RIVES. — Essai sur les kystes chyleux du mésentère. (*Thèse de Montpellier*, 1904).
- ROLLER (Californie). — Kystes mésentériques rapport de trois cas. (*Surgery gynecology and obstetrics*, juin 1935).
- ROGUES. — Kystes hématiques du mésentère. (*Thèse de Lyon*, 1900)).
- SCHMID (Nice). — Kyste dermoïde. (*Bulletins et mémoires de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1910).
- SCHVETZ. — Chylangiome kystique du mésentère. (*Thèse de doctorat, Lausanne*, 1904)
- SCHUMER. — Contribution à l'étude de la pathogénie des kystes du mésentère chez l'enfant. (*Munchener medizinische Wochenschrift*, Janvier 1924).
- SOLARO. — Kyste dermoïde du mésentère. (*La clinica chirurgica*, Tome XIX, décembre 1911).
- SOUBEYRAN. — Les kystes dermoïdes du mésentère. (*Archives provinciales de chirurgie*, 1911. (17 cas).
- SOUËF. — Kyste du mésentère. (*Thèse de Paris*, 1934).
- SOULIGOUX. — Kyste dermoïde. (*Bulletins de la Société de Chirurgie du 12 mars 1912*, p. 366).
- SPENCER-WELIS. — (*Diagnostic et traitement chirurgical des tumeurs abdominales, traduction de Keser*, 1886).
- SPRENGEL, 1900. — Un cas de kyste du mésentère. (*Cité dans Colmers*).
- STEEL. — Kyste du mésentère cause d'occlusion intestinale. (*The British Journal of surgery*, juillet 1933).
- SUDHOFF. — Un très volumineux chylangiome kystique développé dans le mésentère de l'intestin grêle. (*Archiv. für Klinische chirurgie* 1924, Tome CXXIX, p. 495 - 515).
- TACHARD (Toulouse). — Kyste séreux du mésentère. (*Bulletin médical*, 1895, p. 810).
- TERILLON. — Trois cas de kystes séreux du mésentère traités par la laparotomie et le drainage. (*Bulletins de la Société de Chirurgie*, 1891, (Mai), Tome XVII).
- TERRIER et LECENE. — Un nouveau cas de kyste juxta-intestinal. (*Revue de Chirurgie* 1904, Tome XXIX).

- TILLAUX et MILLARD. — Kyste du mésentère chez l'homme, ablation par la gastrotomie. Guérison. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, août 1880, p. 831).
- TIMBAL. — Kystes sanguins du mésentère. (*Revue de Chirurgie*, 1910).
- TOURNEUX. — A propos d'un kyste du mésentère marsupialisé. (*Soc. de méd. de Toulouse*, mars 1929).
- TUFFIER. — Kyste chyleux du mésentère. (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, juillet 1892).
- TUFFIER. — Kystes chyleux du mésentère. (*Bulletin et mémoire de la Société de Chirurgie, Paris* (mai 1904).
- TURNESCO. — Le mésentère. (*Etude d'anatomie chirurgicale, Paris*, 1923, 200 pages).
- TSCHUDY et SPECKER. — Kyste chyleux du mésentère. (*Jahresbericht der Krankenanstalt « Theodosianum » in Zurich pro. 1902 et gynaek Helvet.*, 1904, p. 168).
- TWISTINGTON Higgings (Londres). — (*British Journal of surgery*, 1924).
- UGELLI (Rome). — Deux cas de kystes dermoïdes du mésentère. (*Il policlinico Sezione pratica*, an XL N° 39, septembre 1933).
- VACHER. — Contribution à l'étude des kystes du mésentère. (*Thèse de Paris*, 1934).
- WHITE STANLEY (Washington). — Kyste mésentérique ou entéro-gène. (*The journal of the american medical association*, 1920, Vol. LXXIX, p. 440).
- VILLAR. — (*Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet*, 1899).
- WASTERMANN. — Kyste dermoïde du mésentère. (*Société Hollandaise de Chirurgie*, 1911 - 1912).
- WINIWATER. — Chylangiome du mésentère. (*Med. chirurg. centralblatt Wien*, 1879)
-

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	7
CHAPITRE I. — Historique	9
CHAPITRE II. — Définition des kystes du mésentère	13
CHAPITRE III. — Considérations anatomiques	15
CHAPITRE IV. — Considérations anotomo-pathologiques	21
CHAPITRE V. — Les Méthodes de traitement des kystes du mésentère	27
1° La ponction	27
2° La marsupialisation	32
3° L'énucléation	38
4° La résection en bloc du kyste et de l'anse intestinale adjacente	44
CHAPITRE VI. — Observations	51
CHAPITRE VII. — Dédution thérapeutiques résultant des études des observations	67
CONCLUSION	73
BIBLIOGRAPHIE	77

